



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM CRIANÇAS, JOVENS E FAMILIAS COM NECESSIDADES DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO

Tânia Sofia Marques dos Santos Ribeiro

Orientação: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo

Mestrado de Enfermagem

Área de Especialização: Ramo de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2019



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



Instituto
Politécnico
Portalegre



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM CRIANÇAS, JOVENS E FAMILIAS COM NECESSIDADES DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO

Tânia Sofia Marques dos Santos Ribeiro

Orientação: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo

Mestrado de Enfermagem

Área de Especialização: Ramo de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2019

(página intencionalmente deixada em branco)

“Para ser grande, sê inteiro; nada
Teu exagera ou exclui;
Sê todo em cada coisa; põe quanto és
No mínimo que fazes;
Assim em cada lago, a lua toda
Brilha porque alta vive”

Ricardo Reis

RESUMO

O presente relatório descreve o processo de desenvolvimento de competências em enfermagem de reabilitação para o qual contribuíram os três estágios e de um modo particular o estágio final, no qual foi implementado um plano de intervenção direcionado para a promoção do autocuidado em crianças/jovens e famílias com necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Seguindo a estratégia dos estudos de caso, as necessidades de autocuidados nas crianças jovens e familiares foram avaliadas a partir da *Therapeutic Self-Care Scale* traduzida e adaptada para a população portuguesa, aplicada no momento da admissão e aplicada na alta após ensino e treino de acordo com as necessidades identificadas.

Objetivou-se a capacitação da criança/jovem e família com necessidades de cuidados de reabilitação através do ensino e treino relativamente às atividades de autocuidado.

O referencial teórico utilizado foi a teoria do autocuidado de Orem, uma vez que através da promoção do autocuidado, a maximização das capacidades das pessoas foi possível através dos cuidados de enfermagem de reabilitação e contribuiu para aumentar a sua funcionalidade e a autonomia.

A análise reflexiva sobre o processo de desenvolvimento de competências permitiu ajuizar sobre os resultados obtidos e concluir que o processo de aquisição de competências de enfermeiro especialista e de mestre também se concretizou.

Palavras chave: autocuidado, crianças/jovens e famílias, enfermagem de reabilitação.

ABSTRACT

Promotion of self-care in children, young people and families with rehabilitation care need

This report describes the process of developing competencies in rehabilitation nursing in which the three stages contributed and in a particular way the final stage, in which an intervention plan directed to the promotion of self-care in children/young people was implemented and families with rehabilitation nursing care needs.

Following the strategy of the case studies, self-care needs in young and family children were assessed from the Therapeutic Self-Care Scale translated and adapted for the Portuguese population, applied at the time of admission and applied at discharge after teaching and training according to identified needs.

The objective was the training of the child/youth and family with rehabilitation care needs through teaching and training regarding self-care activities.

The theoretical framework used was Orem's self-care theory, since through the promotion of self-care, the maximization of people's abilities was possible through rehabilitative nursing care and contributed to increase their functioning and autonomy.

The reflexive analysis on the process of development of competences allowed to judge on the results obtained and to conclude that the process of acquisition of skills of specialist nurse and master also materialized.

Keywords: self-care, children/youth and families, rehabilitation nursing.

AGRADECIMENTOS

À Sr.^a Prof.^a Doutora Eugénia Nunes Grilo sempre disponível, cordial e empenhada, não só pela dedicação, orientação e exigência no percurso formativo, mas também pela sua compreensão perante as minhas limitações na aprendizagem, contribuindo francamente para o equilíbrio na gestão da minha vida pessoal e profissional.

A todas as crianças, jovens e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação a quem prestei cuidados, nos estágios, dado que foram os responsáveis pelo meu entusiasmo para o início do desenvolvimento da minha formação, na área de enfermagem em reabilitação.

Gratulo os orientadores dos estágios pelos ensinamentos, pelo privilégio da partilha das suas experiências profissionais e contributos pessoais na enfermagem de reabilitação, particularmente à Sra. Enfermeira Isabel Guerreiro.

Reconheço os meus colegas de trabalho e Enf.º Chefe Francisco Vaz que, perante a adversidade atual no usufruto dos direitos à formação, ajudaram a gerir o meu horário de trabalho com a formação, e as frustrações inerentes ao percurso formativo.

À minha família, particularmente aos meus pais, sempre presentes, ao meu marido que me apoiou incondicionalmente, em todos os meus sucessos e fracassos e ao meu filho, que foi tantas vezes, privado da minha presença.

A todos manifesto a minha profunda gratidão!

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 16 |
| 1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO | 20 |
| 2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO | 26 |
| 2.1 Internamento de Cardiologia Pediátrica | 26 |
| 2.2 Internamento de Pneumologia Pediátrica | 34 |
| 3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DOS CUIDADOS | 38 |
| 3.1 Problemática e Enquadramento Conceptual | 44 |
| 4. OBJECTIVOS DO ESTÁGIO | 47 |
| 5. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL | 49 |
| 5.1 A Teoria do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem | 49 |
| 5.2 A Criança/Jovem e Família com Necessidades Especiais | 52 |
| 5.3 As Crianças/Jovens com Disfunções Cardiorrespiratórias | 56 |
| 5.3.1 Disfunção Cardíaca – Doença Cardíaca Congénita | 56 |
| 5.3.2 Disfunção Respiratória – Bronquiolite | 58 |
| 5.3.3 Disfunção Respiratória – Pneumonia | 60 |
| 5.3.4 Disfunção Respiratória – Asma | 62 |
| 5.3.5 Disfunção Respiratória – Fibrose Quística | 65 |

| | |
|--|----------|
| 5.3.6 Particularidades do Recém-Nascido Pré-Termo | 65 |
| 5.4 Enfermagem de Reabilitação em Crianças/Jovens com Disfunção Cardiorrespiratória | 68 |
| 5.5 Atividades de Ensino e Autocuidado | 74 |
| 6. PROJETO INTERVENÇÃO | 77 |
| 6.1 Metodologia | 77 |
| 6.2 Procedimentos Ético-Legais | 79 |
| 6.3. Resultados da Implementação do Projeto..... | 80 |
| 6.3.1 Descrição de Casos..... | 80 |
| 6.4 Síntese de casos e discussão de resultados | 97 |
| 7.ANALISE REFLEXIVA SOBRE AS ACTIVIDADES E AS COMPETENCIAS DESENVOLVIDAS..... | 102 |
| 8.CONCLUSÃO | 111 |
| 9.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 112 |
| APÊNDICE..... | I |
| ANEXOS | CLXXVIII |

INDICE DE ANEXOS

| | |
|---|----------|
| ANEXO 1 - Deliberação do Conselho Administrativo do Centro Hospitalar | clxxix |
| ANEXO 2 - Instrumento de Autocuidado Terapêutico | clxxxiii |
| ANEXO 3 - Listagem documentação para Comissão de Ética CHLC | clxxxvii |

ÍNDICE DE APÊNDICES

| | |
|---|---------|
| Apêndice 1- Projeto de Estágio Final | ii |
| Apêndice 2 - Cronograma do Estágio Final | vii |
| Apêndice 3 - Folha de registo de Reabilitação Funcional Respiratória | ix |
| Apêndice 4 – Escala de Avaliação do Autocuidado Terapêutica e Autorização | xiii |
| Apêndice 5 - Consentimento Informado | xvi |
| Apêndice 6 - Folha Registo de Crianças/Jovens | xx |
| Apêndice 7 - Plano de Cuidado – Criança Caso A | xxii |
| Apêndice 8 - Folha de Registo de RFR – Caso A | xxxviii |
| Apêndice 9 - Folha de Registo de RFR – Caso B..... | xliv |
| Apêndice 10 - Folha de Registo de RFR – Caso C..... | xlvi |
| Apêndice 11 - Plano de Cuidados – Caso D | lii |
| Apêndice 12 - Folha de Registo de RFR – Caso D | cxviii |
| Apêndice 13 - Atividades Proposta a Desenvolver no Estágio Final | cxxiii |
| Apêndice 14 - Trabalho de RFR..... | cxxvi |
| Apêndice 15 - Trabalho de Reeducação Funcional Respiratória | cxlii |
| Apêndice 16 - Educação e Treino Alimentar no RNPT– Sessão de Formação | cxlix |
| Apêndice 17 - Questionários de Avaliação das Sessões de Formação | cliv |
| Apêndice 18 - Artigo Científico | clvii |

INDICE DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 - Critérios de Exclusão | 78 |
| Quadro 2 - Escala de Avaliação do Autocuidado Aplicada à Mãe - Caso A | 81 |
| Quadro 3 - Escala de Avaliação do Autocuidado aplicada ao Pai - Caso A | 82 |
| Quadro 4 - Atividades de Autocuidado/intervenções | 83 |
| Quadro 5 - Necessidades de Cuidados de reabilitação/intervenções – Caso A..... | 83 |
| Quadro 6 - Escala de Avaliação do Autocuidado aplicada à jovem - Caso B | 85 |
| Quadro 7 - Escala de Avaliação do Autocuidado Aplicada à Avó – Caso B..... | 86 |
| Quadro 8 - Atividades de Autocuidado/Intervenções - Caso B | 87 |
| Quadro 9 - Necessidades de Cuidados de Reabilitação/Intervenções - Caso B..... | 87 |
| Quadro 10 - Escala de Avaliação do Autocuidado Aplicada ao Jovem – Caso C | 89 |
| Quadro 11 - Escala de Avaliação do Autocuidado Aplicada à Mãe – Caso C..... | 90 |
| Quadro 12 - Atividades de Autocuidado/Intervenções - Caso C..... | 91 |
| Quadro 13 - Necessidades de Cuidados de Reabilitação/Intervenções – Caso C | 92 |
| Quadro 14 - Escala de Avaliação do Autocuidado aplicada à mãe - Caso D..... | 94 |
| Quadro 15 - Atividades de Autocuidado/Intervenções - Caso D | 95 |
| Quadro 16 - Necessidades de Cuidados de reabilitação/Intervenções - Caso D | 96 |
| Quadro 17 - Idade das crianças/jovens | 97 |
| Quadro 18 - Caracterização da Pessoa de Referência..... | 97 |
| Quadro 19 - Score pormenorizado das Atividade dos Cuidados na avaliação inicial – Admissão | 98 |
| Quadro 20 - Score Admissão VS Alta | 100 |
| Quadro 21 - Tempo de contato prestação de cuidados VS Score admissão e alta | 101 |

INDICE DE LEGENDAS

| | |
|--|----|
| Figura 1- [Bolas Azuis: Admissão] [Bolas Verdes: Alta] | 81 |
| Figura 2 - [Bolas Azuis: Admissão] [Bolas Verdes: Alta] | 82 |
| Figura 3 - [Bolas Azuis: Admissão] [Bolas Verdes: Alta] | 85 |
| Figura 4 - [Bolas Azuis: Admissão] [Bolas Verdes: Alta] | 86 |
| Figura 5 - [Bolas Azuis: Admissão] [Bolas Verdes: Alta] | 89 |
| Figura 6 - [Bolas Azuis: Admissão] [Bolas Verdes: Alta] | 90 |
| Figura 7 - [Bolas Azuis: Admissão] [Bolas Verdes: Alta] | 94 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC – Autocuidado

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD'S – Atividades Instrumentais De Vida Diárias

APA – American Psychological Association

AVD'S – Atividades De Vida Diárias

BPM – Batimentos Por Minuto

C/MIN – Ciclos Por Minuto

CATR – Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias

CC – Cardiopatia Congénita

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

D.C.C – Doença Cardíaca Congénita

DGS – Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação

EPE – Entidade Pública Empresarial

ER – Enfermagem de Reabilitação

L/MIN – Litros por Minuto

OE – Ordem dos Enfermeiros

OLD – Oxigénio de Longa Duração

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SNG – Sonda Nasogástrica

SNS – Serviço Nacional De Saúde

SpO2 – Saturação Periférica De Oxigénio

TEF – Técnica de Expiração Forçada

UC – Unidade Curricular

VNI – Ventilação Não Invasiva

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio Final foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório, do Curso de Mestrado Integrado em Associação em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Reabilitação, promovido pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

De acordo com o Decreto de Lei nº63/2016 de 13 de setembro, artigo 20º, número 1, alínea b) este trabalho compreende, uma das possibilidades de trabalho final para a obtenção de grau de mestre já que estas podem ser “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final”.

Apresenta como objetivos, refletir de um modo crítico sobre as práticas desenvolvidas e a fundamentação das escolhas com base na teoria e na evidência científica, descrever a conceção, implementação e avaliação do projeto de intervenção (Apêndice 1) e por último descrever as competências adquiridas e discutir todo este processo em provas públicas.

Assim, o contributo do estágio final constituiu-se como fundamental para a elaboração do presente documento. O estágio final decorreu em duas instituições de saúde pertencentes ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) e integradas em dois Centros Hospitalares distintos da região de Lisboa, de 17 de setembro de 2018 a 24 de novembro de 2018 num serviço de Cardiologia Pediátrica e de 27 de novembro a 13 de janeiro de 2019 num Serviço de Internamento de Pneumologia Pediátrica.

Sendo que, a área da pediatria e dos cuidados pediátricos o território da minha eleição e do meu maior interesse, onde quero continuar a desenvolver competências em enfermagem de reabilitação, desenvolvi um projeto de intervenção relacionado com a “Promoção do Autocuidado em crianças, jovens e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação”.

O autocuidado, de acordo com Orem (2001) representa o conjunto de atividades, desenvolvidas pelos indivíduos, para o seu próprio benefício, que se aprende conforme se desenvolve. A finalidade é a de manter a saúde e a vida, através do prolongamento e desenvolvimento pessoal para assim conservar a saúde e o bem-estar. Orem (2001) defende que os enfermeiros, pelos conhecimentos que adquiriram e competências que desenvolveram, devem, em parceria com os clientes, identificar os déficits de autocuidado, para que os indivíduos possam desenvolver os potenciais já existentes para a prática do autocuidado.

Os requisitos de autocuidado, estão relacionados com os processos de vida e com a promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano e também estão associados às mudanças das diferentes fases da vida e às adaptações sociais (Orem, 2001).

Quanto às necessidades de cuidados de reabilitação estas decorrem necessidades especiais, que as pessoas apresentam ao longo do ciclo de vida, e qualquer contexto da prática de cuidados de enfermagem é suscetível de integrar pessoas ou doentes que necessitem de cuidados de enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 125/2011) isto também é válido para os cuidados na área Reabilitação em Pediatria. Com esta população, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER) poderão assumir um papel fundamental na obtenção de ganhos em saúde nomeadamente na prevenção de limitações futuras, preservando as capacidades existentes, nas crianças e jovens e diminuindo as sequelas da imobilidade, maximizando a independência funcional e consequentemente a sua integração na sociedade uma vez que as suas competências acrescidas lhes poderão permitir cuidar de pessoas com necessidades especiais (deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação) capacitando-as para a reinserção e exercício da cidadania (Regulamento n.º 125/2011) .

De acordo com os documentos enquadramentos nesta unidade curricular, os estudantes deverão avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; implementar programas de treino motor, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; capacitar a pessoa com incapacidade, limitação e, ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; gerir os cuidados e projetos, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, a articulação na equipa multiprofissional e produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (ER).

Assim o objetivo geral do projeto que elaborei para o meu projeto de intervenção foi contribuir para a capacitação das crianças/jovens e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação através do ensino e do treino relativamente às atividades de autocuidado e os objetivos específicos foram identificar no momento da admissão os conhecimentos e capacidades que as crianças/jovens e famílias demonstravam relativamente aos seus cuidados; identificar quais as atividades de autocuidado que necessitam de mais ensino e treino; desenvolver um plano de intervenção direcionado ao ensino e treino de cuidados na crianças/jovens e famílias; descrever as atividades de enfermagem que mais concorrem para o desenvolvimento das capacidades de autocuidado nas crianças/jovens e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação; avaliar no momento da alta, os conhecimentos e capacidades adquiridas relativamente a estas atividades.

A metodologia adotada foi a do processo de enfermagem e na de entrevista para avaliação inicial das crianças/jovens e famílias com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação tendo sido usada a versão portuguesa do Therapeutic Self-care 12, desenvolvida por Diane Doran e validada para a população portuguesa por Cardoso, Queirós, Ribeiro e Amaral (2014). Antes da alta as crianças/jovens ou familiares que integraram o projeto foram reavaliados em termos dos conhecimentos adquiridos e capacidades para o autocuidado no sentido de perceber não apenas se detinham capacidade mas a eficácia das intervenções realizadas.

As ações de ensino e treino foram concretizadas com o objetivo de promover a autonomia e a independência, agindo pelos princípios éticos do respeito, liberdade e dignidade humana, e pela liberdade das crianças/jovens e ou dos seus familiares responsáveis, enquanto seres sociais, atores e agentes das suas ações, visando reduzir a sua vulnerabilidade e risco de dependência, promover a sua funcionalidade e o autocuidado, através do desempenho das atividades em função do seu grau de satisfação e a sua capacidade de escolha (Orem, 2001).

Em termos de trabalho escrito, este relatório, de natureza descritiva foi centrado nas estratégia de estudo de casos de crianças/jovens e famílias com défices de autocuidado a quem foram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação a partir das necessidades de autocuidado identificadas.

No que se refere à estrutura deste relatório, este encontra-se dividido em vários capítulos que contem três partes essenciais. Na primeira parte descreveu-se a apreciação do contexto, análise do envolvimento enquanto enfermeira e a análise da produção de cuidados. A partir

destas foi identificada uma problemática, foram definidos os objetivos do estágio e do projeto de intervenção profissional ao qual se seguiu a fundamentação teórica e a partir desta as atividades a desenvolver. Numa terceira parte descrevo os resultados do projeto de intervenção e a do processo de aquisição de competências.

O presente relatório apresenta-se como um documento de cariz reflexivo crítico pormenorizado e fundamentado das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio Final e será submetido a prova pública perante um júri.

A sua elaboração procurou seguir as orientações para apresentação de teses de mestrado, emanadas pela Universidade de Évora, as referências bibliográficas seguiram as normas da American Psychological Association (APA) 6ª edição, respeitando as recomendações da circular 4/2011 da Universidade de Évora e encontra-se escrito atendendo ao novo acordo ortográfico. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de artigos científicos: EBSCO e obras intemporais de referência na área da enfermagem de reabilitação e teóricas de enfermagem.

1. APRECIACÃO DO CONTEXTO

As unidades onde decorreu o estágio caracterizam-se por serem instituições públicas de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras no tratamento ambulatorio e no internamento. Assumem-se como centros de alta competência na organização assistencial, no desenvolvimento, e na inovação dos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2017). Apresentam como missão a garantia da equidade e universalidade do acesso, da assistência eficaz e eficiente e da promoção da qualidade e da excelência, com satisfação dos clientes e dos profissionais.

Os estágios decorreram de 17 de setembro de 2018 a 24 de novembro de 2018 num Serviço de Cardiologia Pediátrica e de 27 de novembro a 13 de janeiro de 2019 num Serviço de Internamento de Pneumologia Pediátrica em dois centros hospitalares do centro de Lisboa.

▪ Centro Hospitalar da Região de Lisboa – Serviço de Internamento de Cardiologia Pediátrica

O Hospital da região no centro de Lisboa situa-se na rua de Santa Marta em Lisboa, sendo servido por uma vasta rede de transportes públicos face à sua localização central. É constituído pelo “Edifício das consultas externas”, “Edifício do coração”, “Edifício da Santa” e “Edifício dos Claustros” que dão acesso aos vários serviços do Hospital.

É uma EPE, pertencente ao CHLC. Este estatuto foi-lhe conferido pelo Decreto de lei nº50/2007 de 28 de fevereiro. Esta organização integra 5 unidades Hospitalares. Inicialmente o Hospital de Santa Marta, Hospital de D. Estefânia, Hospital de S. José e Hospital de Santo António dos Capuchos. Posteriormente, com o Decreto-Lei nº44/2012 de 23 de fevereiro de 2012 procedeu-se à integração do Hospital de Curry Cabral, E. P. E., e da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (Portaria Nº 172/2011, de 27 de abril DR nº 81, Série I, 27 de abril de 2011).

O CHLC tem por missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS e conduz as suas atividades por valores como: competência técnica, ética profissional, segurança e conforto para o cliente, responsabilidade e transparência, cultura de serviço centrada no cliente, melhoria contínua da qualidade, cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática, atividade orientada para resultados, trabalho em equipas multidisciplinares e multiprofissional, boas condições de trabalho (Missão, Visão, Valores e Objetivos – CH | Lisboa Central, 2018).

No século XVI foi construído o Convento de Santa Marta, e foi em 1890 que iniciou a sua função como serviço de saúde após uma epidemia de gripe em que se tornou necessário acolher e tratar as suas vítimas, denominando-se na altura de Hospital dos Clérigos Pobres. Em 1903 dependente do estado, passou a destinar-se ao tratamento de doenças venéreas, integrando o Grupo dos Hospitais Cíveis de Lisboa e funcionando como um anexo do Hospital de São José (Hospital Santa Marta – CH | Lisboa Central, 2018).

Em 1910 foi atribuída pelo estado à instituição, a função de Escola Médico Cirúrgica de Lisboa, passando a denominar-se de Hospital Escolar da Faculdade de Medicina de Lisboa. No mês de dezembro de 2002, o Hospital transitou para um novo modelo de gestão (Sociedade Anónima (SA)), pertencendo à rede pública de cuidados de saúde. Por último, foi em 2007, com o DL nº501/2007 de 28 de fevereiro, passou a EPE, sendo integrado no CHLC (Hospital Santa Marta – CH | Lisboa Central, 2018).

A atividade do CHLC, assegura a cada cliente os cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, entendida esta como “um novo sistema para garantir que os padrões clínicos desejados são alcançados e que os processos em uso garantem, progressivamente, a melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde” (Rodrigues & Felício, 2017, p.4), promotora de uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, incluindo, também as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados.

Constitui-se como uma entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados de saúde diferenciados; promoção do ensino; formação e investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico, como condição para uma prática de excelência; promoção da melhoria contínua da qualidade no âmbito do modelo de governação clínica; promoção do desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados, instituindo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito, bem como uma política de formação contínua; desenvolver programas de melhoria da eficiência operacional e da gestão clínica, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro (Missão, Visão, Valores e Objetivos – CH | Lisboa Central, 2018).

O Hospital supracitado tem como missão, cuidar dos doentes da sua área de influência com eficiência, em tempo útil, promovendo a sua satisfação, honrando a respetiva dignidade,

estimulando as boas práticas e auxiliando na melhoria contínua da qualidade” (Lima et al, 2009).

Segundo a informação obtida no seu sítio oficial do Sistema Nacional de Saúde (SNS), disponível em (<https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-lisboa-central-epe/>), o território de abrangência do CHLC é integrado por 38 freguesias do concelho de Lisboa e sete freguesias do concelho de Loures. O Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central (Centros de Saúde Alameda, Graça, Lapa, Luz Soriano, Marvila, Olivais, Penha de França, São João, São Mamede e Santa Isabel) e Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte (Centro de Saúde Coração de Jesus) fazem parte do concelho de Lisboa, e, no concelho de Loures engloba o Agrupamento de Centros de Saúde Loures-Odivelas (Centro de Saúde Sacavém). (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE, 2018).

De acordo com o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) (2017), o ACES Lisboa Central tem 280.383 residentes (Censos 2011) e 281.701 inscritos frequentadores (CHLC-Hospital, 2018). Em dezembro de 2016, o CHLC detinha 7.508 efetivos (médicos e enfermeiros) e 1.307 camas (Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE, 2017).

De acordo com dados fornecidos pela administrativa, o serviço recebe clientes da região do centro e sul do país, regiões autónomas e países de língua oficial portuguesa (PALOP), ao abrigo dos acordos de cooperação internacional no domínio da saúde. Assegura todos os cuidados em cardiologia pediátrica durante 24h/dia, através do serviço de urgência referenciada de outros hospitais, para tratamento médico e/ou cirúrgico, de cardiopatias congénitas ou adquiridas com vários graus de complexidade, incluindo transplantes cardíacos e intervenções percutâneas em cardiopatias congénitas.

O serviço de cardiologia pediátrica realiza ensino pré e pós-graduado de médicos e enfermeiros, colaborando com escolas superiores de enfermagem e de medicina na formação dos seus alunos com supervisão de um profissional.

A população a que foram prestados cuidados de enfermagem e de enfermagem de reabilitação foi dos 0 aos 21 anos de idade. Esta população apresentou como principais diagnósticos de saúde, patologia cardiorrespiratória. Tanto as crianças/jovens como as famílias apresentam necessidades especiais e riscos de complicações relacionados com as cirurgias torácicas a

que foram submetidas, como por exemplo, problemas do foro respiratório e de compromisso na deglutição, necessitando de ajuda nos autocuidados.

▪ **Centro Hospitalar da Região de Lisboa – Serviço de Internamento de Pneumologia**

Este Hospital foi projetado em 1938, pelo arquiteto alemão Hermann Distel, e a sua construção iniciada em 1940. Foi oficialmente inaugurado em 1953, mas iniciou a sua atividade somente em 1954 (Hospital de Santa Maria, 2018).

Encontra-se, atualmente integrado, juntamente com o Hospital Pulido Valente (HPV), no CHLN, EPE, que foi constituído a 27 de dezembro de 2007. O HPV era, desde dezembro de 2005, uma Entidade Publica Empresarial (EPE), mas este hospital só em 2007 foi convertido em EPE, quando foi posto em prática o plano estratégico que visava a requalificação global do Hospital (Hospital de Santa Maria, 2018).

A sua área de influência direta corresponde à unidade setentrional de Lisboa (Alvalade, Avenidas Novas, Benfica, Campolide, Carnide, Lumiar, Santa Clara e São Domingos de Benfica) (Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE, 2017).

Constitui globalmente uma grande unidade de saúde publica de cuidados de saúde, com vista à garantia da equidade e universalidade do acesso à saúde, com 6.290 efetivos, a prestar serviços em diferentes edifícios. Os enfermeiros (30,2%), assistentes operacionais (23,5%) e médicos (22,9%), seguidos a alguma distância por assistentes técnicos (9,9%) e por técnicos de diagnóstico e terapêutica (7,9%), constituem-se como os grupos profissionais mais representativos nas unidades de saúde (Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE, 2017).

Consolidou-se como instituição de referência na prestação de serviço público, com vista à garantia da equidade e universalidade de acesso, à promoção da qualidade e da excelência, à formação de profissionais, com grande investimento na investigação e atualização (Ferro,2005).

De acordo com dados fornecidos pela administrativa, considerado como um polo hospitalar de grande dimensão, onde trabalham cerca de 497 funcionários, 2015 dos quais são enfermeiros. Para além da sua componente assistencial clínica é composto ainda pela Escola Nacional de Saúde Pública, Faculdade Medicina de Lisboa.

A sua localização é muito central, na capital do país, numa zona com uma excelente rede de transportes; o acesso faz-se através de metro, automóvel, autocarros. Esta instituição também possui helicóptero.

Na atualidade a sua organização faz-se por departamentos, e uma das características importantes do hospital é a de dispor de todas as especialidades médicas e cirúrgicas, de uma urgência central, de um Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), e de uma urgência de obstetria e ginecologia (Hospital de Santa Maria, 2018).

Trata-se de um estabelecimento central e altamente diferenciado em tecnologias e conhecimentos. Apresenta como missão, a prestação de cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade. O CHLN teve origem de uma união histórica, lógica e natural, com a Faculdade de Medicina de Lisboa, com a qual partilha instalações, recursos humanos e conhecimentos. O ensino e a formação pré e pós-graduada constituem-se como outro eixo fundamental da missão, sem prejuízo de parcerias com outras instituições académicas nacionais e internacionais (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE - Site Institucional - Missão e Valores, 2018).

Também detém como missão, as vertentes da inovação, do desenvolvimento científico e da investigação. A instituição desenvolve as atividades de investigação, ensino e formação subordinada, no que respeita à formação de profissionais de saúde, à sua capacidade formativa, podendo estas ser previstas e reguladas em contratos programa, onde se definam as formas de financiamento (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE - Site Institucional - Missão e Valores, 2018).

Os profissionais deste hospital partilham os seguintes valores: o doente é a prioridade; respeito pela dignidade humana; igualdade do acesso a cuidados de saúde; rigor, integridade e responsabilidade; elevados padrões de humanização, de competência técnica e científica na prestação de serviços de saúde; cultura institucional e espírito de equipa; aspiração e empenho na melhoria contínua da qualidade; valorização, motivação e envolvimento dos profissionais; desempenho e sustentabilidade; responsabilidade social e ambiental e o respeito pelos princípios éticos e deontológicos na atividade assistencial, formação pré e pós graduada e investigação (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE - Site Institucional - Missão e Valores, 2018).

No internamento de pneumologia pediátrica do hospital da região de lisboa, a faixa etária a que foram prestados cuidados foi dos 0 aos 17 anos de idade. Neste serviço de interna-

mento, os principais problemas são relacionados com o compromisso da respiração e apresentam também o processo de deglutição comprometido. Estas crianças/jovens e famílias também apresentam necessidades especiais relacionadas com a ajuda nos autocuidados.

Aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação reconhecem-se competência científica, técnica e humana para prestar, cuidados de enfermagem gerais e cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade porque de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010a) detém,

“um conhecimento aprofundado... tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (p.2).

Por isso, inseridos numa equipa multidisciplinar poderão ser capazes de ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas e maximizar o seu potencial funcional e independência. E a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a sua autoestima, através da conceção, implementação e monitorização de planos de cuidados de enfermagem personalizados e diferenciados, baseados nos problemas identificados (Ordem dos Enfermeiros, 2010a), concretamente as crianças, jovens e às suas famílias com problemas respiratórios.

2. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO

2.1 Internamento de Cardiologia Pediátrica

O Serviço de cardiologia pediátrica é considerado um dos centros de referência das cardiopatias congénitas em Portugal e é reconhecido como um serviço de referência no tratamento médico-cirúrgico de cardiopatias complexas, incluindo a transplantação cardíaca.

Tem a lotação de 12 vagas para clientes com idades compreendidas entre os 0 - 21 anos, distribuídas por 4 quartos e 1 unidade de cuidados especiais. Simplificando, o serviço apresenta-se dividido em duas alas distintas, a primeira intitula-se de berçário onde existem 4 vagas para internamento de recém-nascidos com cardiopatia congénita a necessitarem de cuidados especiais/intermédios. A segunda ala consiste de 2 quartos individuais para situações que requeiram isolamento e dois quartos amplos que tem capacidade para 3 clientes cada. Todo o espaço físico é adaptado à idade pediátrica.

Esta unidade de cuidados funciona em colaboração com o serviço de hemodinâmica, de cirurgia cardiotorácica e com a consulta de enfermagem. Na consulta de enfermagem, acompanham-se as crianças, no pós-operatório. Uma enfermeira é escalada para a consulta, para realizar colheitas de sangue programadas, eletrocardiogramas, realizar pensos programados, realizar extração de pontos e / ou agafos. No serviço realizam-se ecocardiografia fetal e ecocardiografia em crianças e jovens com cardiopatias congénitas.

Verifica-se que o progresso e evolução no tratamento médico e cirúrgico da doença cardíaca congénita ou adquirida deu origem a uma população significativa de crianças e jovens que vivem com a doença cardíaca e que tiveram que aprender a lidar com o impacto que a doença tem nas suas vidas, tal e qual como a necessidade e/ou possibilidade de realizar cirurgias cardíacas com periodicidade (Wray & Maynard, 2004).

A cirurgia torácica constitui-se um grande *stressor* para as crianças/jovens e famílias. Assim cuidar de crianças com doença cardíaca coloca desafios muito particulares à pessoa de referência e é uma das experiências mais stressantes para as crianças/famílias (Wray & Maynard, 2004).

A hospitalização infantil e o ambiente hospitalar são percebidos de maneira hostil, e as famílias vivenciam períodos de insegurança em relação ao quadro clínico das crianças/jovens, devido à possibilidade de agravamentos da condição clínica com risco de morte (Gomes & Oliveira, 2012).

A família deve ser acolhida de maneira personalizada por meio da escuta que possibilite identificar as principais queixas visando humanizar o cuidado e diminuir sentimentos de ansiedade e existências de medos (Azevedo, Júnior & Crepaldi, 2010).

Os pais ou pessoa significativa podem permanecer junto das crianças de acordo com o nº2 da Carta da Criança Hospitalizada. Tal como está referido na dita carta “uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado” (Instituto de Apoio à Criança, 2008). Desta forma os acompanhantes podem permanecer no serviço, sendo que durante a noite apenas pode permanecer um deles, com exceção da Unidade de Cuidados Especiais em que apenas podem permanecer durante o dia.

O reconhecimento das crianças como seres vulneráveis, a valorização dos pais ou outro significativo como os principais prestadores de cuidados, a preservação da segurança e do seu bem-estar bem como da sua família e a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento das crianças, são valores a ter em consideração durante a prestação de cuidados de enfermagem. A presença dos pais não é uma opção, mas sim uma necessidade para as crianças, família e equipa de saúde. A Carta de Criança Hospitalizada (1988) esclarece-o nos artigos 2º e 3º (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Os pais são, sem dúvida, a principal fonte de apoio e segurança para as crianças, devendo ser encorajados a acompanhá-las durante a hospitalização. Os pais são quem conhece melhor as preferências das crianças, os seus comportamentos e hábitos de higiene, de sono, de alimentação, de eliminação, essenciais para procurar alcançar o seu bem-estar, tornando a estadia no hospital o mais saudável possível (Hockenberry & Wilson, 2014).

A diáde criança/família constitui o eixo dos cuidados, numa lógica de cuidar tendo em conta não só a singularidade da criança e da família, mas também as múltiplas dimensões do Cuidar Humano (Watson, 2005). A família impõe-se como referência fundamental num sistema

de prestação de cuidados que se pretende mais humanizado, refletindo-se no respeito pela sua dignidade, individualidade e integridade. Humanizar o contexto hospitalar é fundamental com vista ao desenvolvimento do bem-estar das crianças hospitalizadas. Por humanização entende-se, uma forma de estar que implica conhecimentos e capacidades que ajustam as atitudes e vão refletir-se na prática diária tendo como finalidade a satisfação das necessidades das crianças e famílias (Torrado da Silva, citado por InfoCEDI, 2009).

Hockenberry & Wilson (2014) salientam que a filosofia dos cuidados pediátricos centra a sua ação no cuidar centrado na família, na parceria dos cuidados e nos cuidados não traumáticos. Mendes & Martins (2012) acrescentam que esta parceria está associada a um processo dinâmico que requer participação ativa e acordo de todos os parceiros na procura de objetivos comuns. A centralidade dos cuidados de enfermagem na família é fundamental para que esta intervenha de acordo com as necessidades das crianças com o objetivo de as capacitar para saberem, “visionar e avaliar opções, planear estratégias e soluções mútuas e identificar os comportamentos ou as ações para atingir os resultados” (Hoeman, 2011).

Os enfermeiros valorizam a presença do acompanhante no momento da admissão das crianças no hospital, por considerarem que a pessoa de referência oferece suporte às crianças e contribui nas ações realizadas pelos profissionais de saúde, por exemplo, identificação das necessidades das crianças e dos pais (Jackson & Guvenir, 2009).

O treino de competências nas famílias permite diminuir o stress das pessoas de referência durante o processo de reabilitação, nomeadamente na transição para o domicílio. Os enfermeiros e de um modo particular os especialistas em enfermagem de reabilitação durante a sua intervenção com as crianças ao fornecerem informação e orientação à família capacitando-a para os cuidados, estão a permitir a sua participação e possibilitar o processo de transição para o domicílio (Meleis, 2010).

Para Hockenberry & Wilson (2014), as famílias devem ser encaradas como parceiras nos cuidados às crianças, serem encorajadas a manter o seu papel de pessoas de referência e de tomada de decisão, bem como a manter os seus padrões de vida domiciliar e social. ao promoverem o papel ativo da família, os EEER podem desenvolver um sentimento de cooperação e responsabilidade partilhada, favorecendo o processo de capacitação nos cuidados durante o processo de reabilitação (Menoita, 2012).

De acordo com os registos desta unidade, a mesma recebeu em 2015 um total de 584 crianças e jovens, tendo uma taxa de ocupação de 86,37%, e uma demora média de internamento de 4,24 dias. No ano de 2016 recebeu um total de 589 clientes, tendo uma taxa de ocupação de 85,36%, e uma demora média de internamento de 4,84 dias. Em cada um dos anos de 2015 e de 2016, recebeu 80 e 85 crianças provenientes dos PALOP.

Os principais diagnósticos de enfermagem, nas crianças/jovens identificados foram: o défice de trocas gasosas; tosse ineficaz; presença de secreções; cansaço fácil; défice de autonomia alimentar; défice de conhecimentos relacionados com as patologias das crianças/jovens; presença de dor e défice de conhecimento relacionado com estratégias para alívio da dor.

As necessidades no que se refere aos cuidados de enfermagem de reabilitação mais frequentes, foram: a promoção do ensino sobre a técnica de descanso e relaxamento; a realização de ensino sobre a limpeza nasal com instilação de soro fisiológico 9%; o ensino sobre a importância da aspiração de secreções, a realização de técnicas de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), tais como: realização de drenagem postural com manobras acessórias (vibração, compressão e percussão); ensino sobre as técnicas para controlo e dissociação dos tempos respiratórios, promoção do ensino sobre a técnica de tosse (dirigida e assistida) e realização de exercícios de treino postural. Atendendo que, algumas crianças apresentam como antecedentes pessoais de saúde, a patologia asma, foram realizados ensinamentos sobre estratégias para utilizar em caso de crise de asma.

As crianças/jovens submetidos a cirurgia torácica, apresentam sutura da esternotomia, sendo por isso o ensino às crianças/jovens para realizarem a contenção da sutura para alívio da dor uma das atividades frequentemente desenvolvida.

No serviço, existe o projeto avaliação da dor em pediatria, que se encontra abrangido no projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo por base a dor como o 5º sinal vital, todas as crianças têm avaliação da dor de acordo com a sua idade e com a escala adequada (Direcção-Geral da Saúde, 2010), registando-se em instrumento próprio durante todos os turnos, ajustando-se medidas terapêuticas e/ou não terapêuticas segundo a avaliação atribuída.

A dor é definida como “(...) um sintoma complexo, experimentado por todos os seres

humanos mais cedo ou mais tarde ao longo da vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). É vista como 5º sinal vital, tornando-se um desafio para os cuidados de enfermagem e, de acordo com o estabelecido pela Direção Geral de Saúde (DGS) sobre o registo sistemático da intensidade da dor, este é um sintoma que deve ser avaliado e registado de “(...) forma contínua e regular...” permitindo “(...) otimizar a terapêutica, (...) e melhorar a qualidade de vida das crianças/jovens” (Circular Normativa nº9/DGCG de 14/6/2003).

A presença constante de dor tem repercussões ao nível da recuperação das crianças face à sua patologia provocando alterações no seu bem-estar geral. Não obstante, a dor representa elevados custos para o desempenho socioeconómico do país devido à perda de produtividade pelo absentismo, atribuições de compensações e subsídio (Direção Geral da Saúde, 2013), neste caso por parte dos pais ou pessoas significativas que acompanham as crianças.

Em pediatria, as escalas desenvolvidas para avaliação da dor são um ótimo apoio para uma avaliação correta da dor nas crianças, adaptando-se a diversas faixas etárias bem como a situações patológicas distintas, pelo que este indicador pode ser quantificado permitindo uma gestão diferenciada da dor (Direção-Geral da Saúde, 2010).

A dor constitui-se como um indicador, que foi avaliado em ambos os contextos de estágio, transversal a todos os enfermeiros e reflete a atenção da equipa sobre este sinal vital, a sua monitorização, levantamento do diagnóstico e registo, incluindo mudanças positivas.

Existe o projeto “a consulta da brincadeira”, iniciado por enfermeiros do serviço de cardiologia pediátrica e promove a educação para a saúde. Aprender ao mesmo tempo que se brinca, sobre quem são os profissionais da consulta de cardiologia pediátrica, para que servem os instrumentos médicos, como tudo funciona. Pretende-se como principal objetivo, acabar ou minimizar o medo dos mais novos, tornando-a num espaço acolhedor, dinâmico e aprazível. Este projeto é alargado à comunidade, e tem dado a conhecer a imagem do hospital e ajudado a divulgar a sua missão, promovendo as boas práticas em saúde.

A brincadeira é o lúdico em ação. Brincar é importante em todas as fases da vida, mas na infância é ainda mais essencial: não é apenas um entretenimento, mas, também, aprendizagem. As crianças, ao brincarem, expressam a linguagem por meio de gestos e atitudes, as quais estão repletas de significados, visto que ela investe sua afetividade nessa atividade. Por isso, a

brincadeira deve ser encarada como algo sério e que é fundamental para o desenvolvimento infantil (Rolim, Guerra & Tassigny, 2008).

O brinquedo terapêutico é descrito como um entretenimento infantil ou jogo, estruturado, que possibilita às crianças aliviar a ansiedade gerada por experiências consideradas ameaçadoras e requerem mais do que recreação, para que sejam resolvidas, proporcionando às crianças hospitalizadas a oportunidade de reorganizar a vida e diminuir a ansiedade, podendo ser utilizado para ajudar as crianças a reconhecer os seus sentimentos, assimilar novas situações e a compreender o que se passa durante a hospitalização (Hockenberry & Wilson, 2014). O brinquedo terapêutico é considerado uma ferramenta fundamental para os profissionais de saúde, principalmente, quando há necessidade de realizar procedimentos invasivos, propiciando maior aceitação e cooperação (Kiche & Almeida, 2009).

O brincar - a brincadeira - deve ser encarado como um instrumento a ser utilizado pelos enfermeiros para ajudar as crianças a vivenciarem e ultrapassarem as experiências da doença e hospitalização com o mínimo de sequelas, promovendo a sua adaptação ao ambiente hospitalar (Tavares, 2011).

De entre as várias funções da brincadeira descritas por Hockenberry & Wilson (2014) destacam-se o desenvolvimento sensorio motor, desenvolvimento intelectual, socialização, criatividade, auto-consciencialização, valor moral, salienta-se o valor terapêutico implícito na brincadeira. Os aspetos anteriormente referidos têm um importante valor nas crianças saudáveis, mas assumem a sua plenitude nas crianças hospitalizadas. Por essa razão, deverão manter-se todos os esforços para que as crianças brinquem no hospital (Tavares, 2011).

Existe outro projeto, relativo ao percurso integrado, que consiste num programa de acompanhamento para crianças e jovens que realizam cateterismo ou cirurgia cardíaca. Tem como função preparar previamente o internamento das crianças, esclarecer os familiares sobre quaisquer dúvidas ou problemas que surjam antes e após a alta, organizando o processo e exames necessários, detetando situações que comprometam a elaboração dos cateterismos ou cirurgia, diminuindo desta forma o tempo de internamento e agilizando todo o processo.

No que se refere aos recursos humanos para atender e cuidar destas crianças jovens e família, a equipa multiprofissional do serviço é composta por 17 enfermeiros, 8 médicos cardiologistas pediátricos, 7 assistentes operacionais, 1 educadora de infância, 2 assistentes técnicos, 2 técnicos de electrocardiopneumologia.

Dos 17 enfermeiros, que constituem a equipa de enfermagem o enfermeiro chefe tem a especialidade em Saúde Infantil e Pediatria (SIP), 5 enfermeiras são especialistas na mesma área de especialização, 3 enfermeiras são especialistas em enfermagem de reabilitação e 9 são enfermeiros generalistas.

Relativamente aos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, a intervenção abrange os turnos da manhã e da tarde durante a semana e turno da manhã durante o fim-de-semana porque tal como refere Petronilho (2007), a enfermagem de reabilitação assenta na continuidade e acompanhamento das crianças/jovens e famílias durante o internamento e na preparação da alta hospitalar.

A continuidade de cuidados após a alta hospitalar é considerada como um processo fundamental na garantia da qualidade dos cuidados de saúde às crianças/jovens e pessoas de referência. Após a alta hospitalar, as crianças/jovens e as pessoa de referência deparam-se com o problema de adaptação à nova condição de saúde que exige uma intervenção programada por parte dos profissionais de saúde, chamada de planeamento de alta (Fernandes, 2018).

O planeamento de alta é um processo organizado e multidisciplinar que permite que no momento da alta hospitalar tudo esteja preparado para que ocorra continuidade. O planeamento da alta impõe aos profissionais de saúde uma abordagem centrada nas crianças/jovens, nas pessoas de referência e no meio social que os envolve. Exige ainda, uma resposta integrada, eficaz e coordenada entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, garantindo a continuidade de cuidados e a utilização adequadas de recursos (Petronilho, 2007). O êxito de um processo de continuidade de cuidados está relacionado com a utilização adequada de recursos (Petronilho, 2007).

As equipas de saúde responsáveis pelo planeamento da alta devem identificar, o mais breve possível e com a participação das crianças/jovens e pessoas de referência, as necessidades de cuidados pós-alta, desenvolvendo planos de cuidados apropriados, que minimizem o risco

de readmissões ou de complicações, promovam ações práticas de continuidade de cuidados nos hospitais, desde o início do processo de cuidados, de forma a assegurar a disponibilidade de todos os recursos no momento da alta, e evitem constrangimentos para o doente e pessoa de referência, assim como o prolongamento do internamento (Fernandes, 2018).

Relativamente às dotações do serviço, o rácio no serviço é de 1 enfermeiro para 4 crianças. A distribuição de enfermeiro/criança e jovem é realizada pelo elemento que fica a chefiar o turno. De acordo com o International Council of Nurses (2016, p.7), dotações Seguras significam que, existe em todas as alturas “uma quantidade adequada de profissionais com uma combinação adequada de níveis de competência para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidados dos clientes e que são mantidas as condições de trabalho isentas de risco”.

Hurst (2002) sugere outras abordagens para a estimativa da dimensão e combinação das equipas de enfermagem. Revê um algoritmo que se baseia no julgamento profissional, uma fórmula para calcular o número de enfermeiros por turno, o método do número de enfermeiros por cama ocupada, o método da qualidade da acuidade, o método tempo/tarefa/atividade e o método de análise de regressão. Todos estes métodos requerem dados e documentação consideráveis e poderão ser difíceis em ambientes que já estão comprometidos em termos de dotações adequadas.

Um estudo demonstrou a eficácia em termos de custos de rácios doente-enfermeiro de dotações que iam dos 8:1 aos 4:1. Os autores verificaram que, ainda que o rácio de oito doentes por enfermeiro fosse o menos dispendioso, estava associado a uma mortalidade mais elevada dos doentes. Concluíram que, como intervenção para a segurança dos doentes, os rácios de 4:1 eram razoavelmente eficazes em termos de custos (Rothberg, Abraham, Lindenauer & Rose, 2005).

No entanto, os rácios dependem de muitos fatores, tais como a acuidade dos clientes e os cuidados requeridos. As considerações relativas aos custos poderão variar dependendo da perspetiva do pagador, p. ex. hospital, sistema de saúde ou sociedade (Rothberg, Abraham, Lindenauer & Rose, 2005).

O método utilizado pela equipa de enfermagem é o método individual de trabalho, seguindo a filosofia de cuidados centrados na família. São prestados cuidados na sua globalidade,

numa abordagem holística. Com a utilização desse método na organização do trabalho, verificou-se uma preocupação pela continuidade e qualidade dos cuidados, facilitador de um maior conhecimento acerca da díade criança/família e consequentemente do desenvolvimento de uma relação de empatia e confiança. A organização individual dos cuidados promove uma atenção individualizada à criança e família, aumenta o conhecimento sobre as mesmas favorecendo a organização e a gestão do processo de parceria. Ela promove no enfermeiro a capacidade para a mobilização de vários saberes (Mendes, 2012).

Smith (1995) e Casey (1993), citados por Mano (2002) referem que o método de organização do trabalho de enfermagem é um dos fatores que mais influencia a parceria de cuidados, sendo que, este método por assegurar a existência de um enfermeiro que estabeleça com a família uma relação de confiança pode ser uma estratégia de apoio ao hospital, minimizando os efeitos da hospitalização.

2.2 Internamento de Pneumologia Pediátrica

Esta unidade encontra-se no 8.º piso e tem a lotação de 12 camas e em internamento os casos agudos mais frequentes são os diagnósticos de pneumonia, bronquiolite, agudizações de situações crónicas com necessidade de cuidados de RFR a crianças com diagnósticos de asma, fibrose quística e atrofia muscular espinhal tipo II, doença de Pompe e displasia broncopulmonar. Relativamente a situações crónicas de saúde que se encontram estáveis são seguidas em hospital dia.

Existe um grande número de crianças com diagnóstico médico de FQ e de asma. A asma é a principal causa de morbilidade na infância e a doença crónica mais comum nesta faixa etária. A sua prevalência tem vindo a aumentar nas últimas décadas, especialmente nos países desenvolvidos. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2014a), em Portugal, dos 6-7 anos esta patologia afeta 12,9% da população e dos 13-14 anos 11,8%, sendo uma causa frequente de internamento hospitalar (DGS, 2012). Em cerca de 90% dos doentes é possível controlar a asma, quer com medidas farmacológicas quer não farmacológicas, permitindo a minimização das exacerbações e a melhoria da qualidade de vida (DGS, 2012).

Os doentes desta unidade são crianças e jovens dos 0 aos 18 anos de idade com agudizações de situações crónicas com necessidade de cuidados de RFR.

A hospitalização está vinculada a uma experiência negativa para as crianças, por estarem doentes e isoladas da vida exterior, longe dos amigos e das rotinas. No sentido de minimizar esta experiência negativa, este serviço recebe a visita diária de pessoas que vêm contar histórias de encantar, adaptadas a cada faixa etária. Trata-se de um projeto, intitulado “nuvem vitória”, existe desde 2016 e constitui-se pelo conjunto de voluntários, organizados em associação com o mesmo nome, que voluntariamente contam histórias de embalar a crianças e jovens que estão em hospitais ou outras instituições, que por motivos de saúde (ou outros) as retirem, temporariamente, dos seus ambientes familiares. A nuvem vitória pretende estimular o envolvimento dos pais, familiares e pessoas de referência, na área da leitura e da narração oral, em diferentes contextos, procurando elevar o nível de literacia das populações bem como estreitar os laços familiares e com os cuidadores em geral (Nuvem Vitória ,2019).

Os pais e/ou pessoa significativa podem permanecer com a crianças/jovens das 9h00 às 22h00, no entanto, no período noturno apenas pode permanecer uma pessoa significativa. Atende-se e enfatiza-se a colaboração da pessoa significativa em todos os procedimentos de enfermagem, quando necessário.

Em termos de diagnósticos de enfermagem, os principais, existentes na população internada foram a respiração comprometida, relacionada com infeção aguda respiratória; insuficiência respiratória crónica sob ventilação invasiva por traqueostomia; risco de limpeza das vias aéreas ineficaz, relacionada com a existência e aumento da quantidade e purulência das secreções brônquicas; défice no autocuidado alimentação, relacionado com o facto da ingestão de alimentos serem administrados via sonda nasogástrica (SNG) e/ou Gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) (devido ao uso de SNG por prematuridade e/ou para diminuição do esforço respiratório e devido à incapacidade para alimentarem-se por via oral).

E os de cuidados de enfermagem de reabilitação mais frequentemente realizados foram os relacionados com a manutenção da permeabilidade das vias aéreas e a melhoria da performance dos músculos respiratórios; a drenagem de secreções, o treino de autonomia da alimentação por via oral, segura, prazerosa e eficaz no recém nascido pré-termo (RNPT), e a capacitação dos pais com conhecimentos para uma autogestão da doença eficaz dos filhos.

Este serviço é reconhecido pela excelente qualidade e diferenciação dos cuidados prestados a crianças com patologia respiratória e suas famílias, a equipa que a integra é perita nos cuidados de enfermagem pediátrica.

No que respeita aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é constituída por 5 médicos especialistas em pneumologia pediátrica, por vinte e um enfermeiros (1 enfermeira chefe, 8 enfermeiros de cuidados gerais, 10 enfermeiros especialistas em saúde infantil e 2 enfermeiros especialista em enfermagem de reabilitação – uma de horário fixo e outra escalada em *rollemant*) e 2 educadoras de infância. Integram a equipa 8 assistentes operacionais e duas assistentes administrativas. A par desta equipa, também colabora uma neurologista, uma fisiatra, fisioterapeutas, uma psicóloga e uma assistente social.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação são realizados, preferencialmente no turno da manhã e da tarde. Durante o período da noite, tenta-se evitar a presença de ruídos para promover o sono das crianças e dos familiares. De acordo com Tembo, Parker & Higgins (2013), as intervenções de enfermagem noturnas levam a altos níveis de perturbação do sono, concluindo que uma redução das intervenções de enfermagem noturnas está positivamente associada à promoção do sono.

Relativamente às dotações, o rácio do serviço é de 1 enfermeiro para 4-5 crianças, sendo a distribuição realizada pelo enfermeiro chefe de cada turno, diariamente. Atende-se à especificidade de cada criança e às necessidades de cuidados, sendo que poderá ser a dotação de 1 enfermeiro para 3, por exemplo. Existem 3 a 4 enfermeiros no turno da manhã, 2 enfermeiros no turno da tarde e turno da noite.

Nesta unidade a prestação de cuidados é orientada pelo método individual de trabalho. A distribuição dos clientes pelos enfermeiros é realizada, tendo em conta o número de horas de cuidados necessários, pela enfermeira chefe ou, em caso de sua ausência, por alguém que a substitui. O método individual de trabalho, permite a continuidade dos cuidados às crianças/jovens/Famílias durante o turno. O método de trabalho individual, consiste na distribuição de determinado número de clientes, de acordo com o grau de dependência, a cada enfermeiro, sendo este responsável pela prestação de cuidados aos que lhe foram atribuídos, durante o turno de trabalho (Frederico & Leitão, 1999).

Relativamente a vantagens, deste método de trabalho, como já foi referido são a individualização dos cuidados e conceção da criança/jovem numa visão holística; a continuidade dos cuidados; o aumento da responsabilidade dos enfermeiros e da sua capacidade de decisão (Frederico & Leitão, 1999). Emergem desvantagens, como as diferenças ao nível das competências individuais dos elementos prestadores de cuidados e diferentes níveis de conhecimento, que

poderão levar a uma disparidade na prestação de cuidados e requererem uma maior dotação de pessoal (Parreira, 2005).

3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DOS CUIDADOS

A integração nos locais de estágio foi fundamental para analisar as funções e atividades do EEER na prestação de cuidados, essencialmente com limitações respiratórias, e sua família e possibilitar a prestação de cuidados, baseada numa prática profissional e segura. Para isso, para além de conhecer a organização do serviço, as respetivas normas e protocolos, e os recursos materiais disponíveis, foi necessário conhecer os vários elementos da equipa multidisciplinar e a sua dinâmica de funcionamento. O período de integração em ambos os locais foram complexos, por diferentes motivos.

Em relação aos cuidados de enfermagem de ambos os serviços, a distribuição dos enfermeiros em contexto da prática de cuidados é efetuada de forma a atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde com rácio de um enfermeiro para cada cinco crianças/jovens, tal como o definido na norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2014).

Em ambos os serviços, os cuidados mais especializados, nomeadamente os de enfermagem de reabilitação, não estão protocolados institucionalmente deste modo os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação têm de conciliar a prestação de cuidados gerais de enfermagem com a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados. Em nenhum dos serviços a distribuição dos enfermeiros contempla a necessidade de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação. Apesar disso, nos planos de cuidados aos utentes os enfermeiros especialistas incluem os cuidados de enfermagem de reabilitação procurando melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima (Regulamento n.º 125/2011).

A qualidade dos cuidados de enfermagem em ambas nas unidades onde realizei o meu estágio tem por base um quadro de referências assente nos seguintes pilares: o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015b); o Código Deontológico do Enfermeiro; os Padrões de Qualidade (Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos); as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem. Em ambos os serviços, os registos de enfermagem revestem-se de carácter legal e funcionam como ótimo indicador de qualidade. No serviço de cardiologia pediátrica, os cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação completam os cuidados gerais prestados às crianças/jovens e famílias. Tal como os enfermeiros generalistas, os EEER efetua os seus registos na aplicação S-Clinico, em articulação com a linguagem

da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2015 (OE, 2016) com intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, associadas a determinados focos, tais como: aspiração; dispneia; dispneia funcional; expetorar; limpeza das vias aéreas; tossir; ventilação; andar; andar com auxiliar de marcha; autocuidado; cognição; comunicação; contração muscular; deglutição; levantar-se; movimento muscular.

No serviço de pneumologia pediátrica, os registos de enfermagem dos enfermeiros generalistas e especialistas são registados em folhas próprias para os registos de enfermagem. São folhas próprias da instituição e cada criança/jovem tem um processo físico com toda a informação médica/enfermagem e exames complementares. É possível, aceder a exames auxiliares de diagnóstico: radiografias do tórax, análises sanguíneas no programa.

Em ambos os locais de estágio, os principais motivos/objetivos para as crianças/jovens integrarem o plano de exercícios de reabilitação foram: promover o aumento da *compliance* respiratória; promover a mobilização de secreções; realizar ensino sobre a medicação no domicílio; promover a capacitação do jovem sobre estratégias para alívio da sintomatologia (dor); ensino de estratégias para alívio da dor; ensino de exercícios de correção postural e por último ensino e treino alimentar essencialmente no RNPT (passar da via parentérica para a via oral).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação nos serviços hospitalares centram-se na reabilitação da doença aguda e doença crónica, apresentando como objetivo a cura das crianças/jovens. É uma ação minuciosa, personalizada e individualizada envolvendo as crianças/jovens e famílias nos planos de cuidados com o objetivo da capacitação da díade de conhecimentos para o autocuidado, contudo no serviço de cardiologia pediátrica, os cuidados de enfermagem de reabilitação centraram-se na doença aguda provocada pela patologia de base crónica. As crianças e jovens nestes serviços, apresentavam, entre outros problemas, cardiopatia congénita e devido a essa doença, desenvolveram também complicações respiratórias agudas.

A doença crónica é caracterizada por requerer cuidados pediátricos especializados e num período de internamento num centro médico terciário, tratando-se de uma patologia que atinge vários sistemas ou um órgão de forma bastante grave (Feudtner, Christakis & Connell, 2000).

Tem duração longa ou indefinida, prognóstico geralmente incerto e que nas crianças e jovens apresentam períodos de remissão e exacerbação sintomatológica ao longo do tempo,

requerendo um processo de cuidado contínuo sem que, necessariamente, resulte em cura. E necessitando por isso de cuidados de enfermagem individualizados e especializados (Ministério da Saúde, 2013).

Enquanto futura EEER a vertente educacional constituída pelo ensino e treino de técnicas que visam a manutenção e/ou aumento da funcionalidade, constituiu-se como elementar. Fez-se ensinamentos sobre a administração da terapêutica, fundamental nas crianças com cardiopatias congénitas e submetidas a transplantes cardíacos.

Os diagnósticos de dispneia, cansaço fácil e a tosse presente, foram diagnósticos muito levantados nos planos de cuidados e constatei que, a intervenção do EEER é fundamental, no acompanhamento e orientação de vários exercícios de RFR, na gestão e controlo destes sintomas. Assim, realizou-se exercícios de controlo de respiração, exercícios de expansão pulmonar, de conservação de energia e relaxamento, contribuído para o controlo da ansiedade, inerente à dispneia.

Foram prestados cuidados a RNPT e de termo que após cirurgia e por ser necessário a colocação de SNG perderam a capacidade de se alimentarem por via oral e assim desenvolvi competências na reeducação alimentar no recém-nascido pré-termo e de termo.

No serviço de cardiologia pediátrica, não existiam folhas de registo, orientadoras da prática de cuidados onde as enfermeiras especialistas registassem os seus cuidados, pelo que realizei uma própria e apresentei à EEER orientadora (Apêndice 3). Esta, constitui um recurso fundamental para orientar os registos, dado que, são objetivas, sucintas e enumeram conteúdos fundamentais, semelhantes a uma lista de verificação, orientando a intervenção. Atendendo que, as crianças/jovens a quem prestei cuidados apresentavam maioritariamente diagnósticos de cardiopatia congénita, direcionei o meu trabalho atendendo à principal necessidade de cuidado de reabilitação: necessidades de reabilitação funcional respiratória e de reeducação alimentar no recém-nascido pré-termo.

Pela distribuição de trabalho e de crianças, a EEER ficava maioritariamente com RN, RNPT e lactentes com diagnóstico de saúde de cardiopatia congénita. Porém, também ficávamos com crianças e jovem atribuídos da faixa etária do 1 ano aos 18 anos de idade, também estes com diagnóstico de saúde de cardiopatia congénita.

Primeiramente, fez-se pesquisa bibliográfica e tive a necessidade de rever muitos conteúdos relacionados com as patologias cardiovasculares, aspetos da anatomia, para aumentar a

minha confiança na concretização de implementação dos cuidados direcionados a cada criança a que foram prestados cuidados.

Atendendo que, quando foi realizado o estágio existiam muitos RNPT internados, com idades gestacionais precoces, características de imaturidade sensorial com problemas respiratórios associados (atelectasias, pneumotórax). Foi decidido, aprofundar a avaliação das necessidades de cuidados de RFR, e posteriormente através da realização de planos de cuidados individualizados, intervir com as técnicas mais adequadas à faixa etária.

A colocação de SNG, constituiu-se como uma intervenção necessária para alimentação do RNPT, devido à sua incapacidade para a alimentação pela via oral. Também porque, com a colocação da SNG, permitia-se a diminuição do esforço respiratório durante a alimentação. No entanto, a existência de SNG prolongava o internamento do RNPT e família, desta premissa surgiu o interesse em realizar uma pesquisa mais aprofundada sobre esta necessidade de autocuidado para a alimentação do RNPT “da qual se redigiu um artigo científico que aguarda publicação” (Apêndice 18) . Constituiu-se como uma experiência muito enriquecedora, através do conhecimento de estratégias para alimentar o RNPT pela via oral.

As crianças com cardiopatias congénitas e suas famílias, apresentam inúmeras recorrências aos serviços de saúde e múltiplos internamentos. As intervenções devem ser direcionadas para a díada criança e pais. Devem atender à preparação dos pais para o autocuidado e gestão da doença, com o intuito de fomentação dos cuidados centrados na família e aumento da capacidade de autocuidado e diminuição de recorrências aos cuidados de saúde.

No contexto de estágio, em que tinha uma a duas crianças atribuídas por turno, tive a oportunidade de estabelecer uma proximidade diferenciada com a criança/jovem e família e trabalhei a relação de ajuda, constituindo-se como fundamental para a realização do trabalho.

Apelando à teoria do Autocuidado, a relação entre o profissional de enfermagem e a pessoa é relatada como uma relação de complementaridade, pois a essência da relação dever-se-á basear no agir com a pessoa, para a obtenção de um determinado resultado, negociado com a própria, no sentido da satisfação das atividades de autocuidado (Orem, 2001). Os enfermeiros deverão incentivar e/ou capacitar a pessoa no autocuidado, de acordo com a sua condição de saúde e vontade (Orem, 2001). E, caso a pessoa não o consiga concretizar, os enfermeiros devem completar a sua ação, dando origem a uma interação dinâmica, alicerçada na cooperação. Para isso, é fundamental ter a consciência, que existem vários fatores, de parte a parte, que

condicionam a interação, nomeadamente a idade, personalidade, o estágio de desenvolvimento, características socioculturais, experiências de vida, crenças e valores. O respeito pela função, ação e reação de cada um é essencial para o estabelecimento de uma relação de interação e influência recíproca (Orem, 2001).

Cordeiro & Leite (2012) afirmam a importância de uma primeira abordagem junto das crianças e das famílias, com o objetivo de criar uma relação de confiança e empatia. Esta interação permite também observar as crianças, realizar uma primeira avaliação relativamente ao seu estágio de desenvolvimento (no nosso contexto aplicou-se a Escala de Desenvolvimento de Mary-Sheridan Modificada) e à interação com o familiar e com o meio.

Atendendo ao supracitado, tive a oportunidade de realizar colheitas de dados de forma consentida, proceder à avaliação das crianças e jovens, realizar diferentes técnicas de RFR adequadas às diferentes idades. Investi e revi conhecimentos relacionados com a administração de terapêutica inalatória e/ou oxigenoterapia e/ou aos exercícios de RFR e/ou treino de exercício.

No estágio realizado no internamento de cardiologia pediátrica, as dificuldades sentidas foram relacionadas com a forma de registo das intervenções de enfermagem de reabilitação e com a necessidade, das crianças estarem com monitorização cardiorrespiratória contínua.

Senti dificuldades no desenvolvimento dos processos de enfermagem, na apreciação das crianças/jovens e posteriormente no diagnóstico e implementações de intervenções de ER. Na realização dos planos de cuidados, atendi aos requisitos de autocuidado, complementando com a colheita de dados, através de entrevista, avaliação física, avaliação do padrão respiratório, incluindo os sinais de dificuldade respiratória, na avaliação da postura e configuração do tórax, na auscultação pulmonar, nomeadamente na identificação dos diferentes sons pulmonares ou ausência dos mesmos, seu significado e correlação com outros exames de diagnóstico, como a radiografia de tórax ou tomografia axial computadorizada (TAC) torácica. A orientação clínica fornecida pela orientadora, foi fundamental para a validação dos meus conhecimentos e decisões para a implementação dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Em ambos os estágios, contemplei a importância da continuidade de cuidados, para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão (OE, 2007).

Os registos de ER, devem suportar a tomada de decisão e refletir o impacto da nossa ação em ganhos em saúde, das pessoas de quem cuidamos, através de indicadores específicos, da nossa área de atuação. Os registos foram igualmente, realizados no programa S-Clínic, sendo

que existe uma área em que permite a descrição por extenso de intervenções realizadas, constituindo-se como o local onde fui incentivada a realizar o registo de enfermagem de reabilitação.

No serviço de pneumologia pediátrica do CHLN um número muito significativo de crianças são internadas por apresentarem doenças respiratórias agudas e crónicas. Estas patologias são influenciadas por vários fatores como os ambientais, os sociais e os comportamentais, que contribuem para o seu aumento (Santos, 2018). As crianças são particularmente suscetíveis de desenvolver doenças respiratórias pois existem alguns fatores que favorecem essa evolução, como as características anatómicas e as especificidades fisiológicas e imunológicas (Piva, Garcia, Santana & Barreto, 1998).

A bronquiolite foi a doença com maior prevalência neste campo de estágio. A bronquiolite é a doença infecciosa mais comum em crianças com idade inferior a dois anos, por infeção viral das vias aéreas respiratórias inferiores.

Atinge cerca de 70 a 80% de crianças e tem como pico idades entre os 2 e os 10 meses (Postiaux, 2004). Destas crianças, 40% tem probabilidade de desenvolver infeção respiratória inferior e as reinfeções são frequentes (American Academy of Pediatrics, 2006).

Segundo a Direção Geral da Saúde (2015) é importante ter presente que, na evolução da bronquiolite aguda: cerca de 70% das crianças no primeiro ano de vida e possivelmente 100% nos primeiros 2 anos se infetam com VSR. A maior parte destas crianças apresenta sintomas ligeiros de infeção respiratória alta (obstrução nasal, coriza, tosse). Apenas cerca de 13% dos latentes adoecem com bronquiolite aguda no primeiro ano de vida; 2-5% necessitam de internamento e destes 20% podem necessitar de cuidados intensivos. 3% recorrem aos serviços de urgência hospitalar.

Neste serviço tive oportunidade de constatar que muitas crianças são internadas por gestão ineficaz do regime terapêutico constituiu-se também aqui uma oportunidade importante para ensinar as crianças e ou pais a gerirem de forma eficaz a terapêutica e a sua administração.

3.1 Problemática e Enquadramento Conceptual

No serviço de cardiologia pediátrica foi verificada a realidade de muitas crianças/jovem e respetivas famílias apresentarem conhecimento reduzido sobre a cirurgia cardíaca a que iam ser submetidos e sobre os cuidados a ter após alta hospitalar (cuidados à sutura operatória, forma de administração da medicação, sinais de declínio da doença/sinais de alarme). Apesar do acesso à informação sobre saúde em Portugal ser cada vez mais facilitado através de vários meios, o nível de literacia ainda não é o esperado (Despacho n.º 3618-A/2016).

A literacia em saúde, entendida como a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde, na vida de todos os dias, e também naquilo que diz respeito ao desenvolvimento do Sistema de Saúde, na medida em que contém elementos essenciais do processo educativo e proporciona capacidades indispensáveis para o autocuidado e é atualmente considerada fundamental no panorama dos cuidados às pessoas já que de acordo com o despacho referido os estudos apontam para baixos níveis de literacia em saúde em Portugal e a literacia e o autocuidado são de grande importância não só para a promoção e proteção da saúde da população, mas também para a efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º 3618-A/2016).

No processo de alta destes doentes e apesar dos internamentos serem curtos (5 a 6 dias), é fulcral o envolvimento célere por parte da família/pessoa de referência nos ensinamentos e treino de técnicas específicas do autocuidado (OE, 2010). Salientando a importância do ensino e treino de exercícios de RFR, uma vez que estes permitem otimizar a ventilação e prevenir atelectasias e pneumonias no pós-operatório (OE, 2018).

Malcato (2017) sublinha a importância do papel dos enfermeiros de reabilitação intervindo dentro da equipa multiprofissional, nos períodos pré-operatório e pós-operatório, com o intuito de contribuir para a preparação para a alta, a minimizar as incapacidades instaladas pela intervenção cirúrgica, o que permitirá a recuperação funcional mais rápida e completa possível.

De acordo com Testas (2008) no período pré-operatório os objetivos da RFR são a preparação das crianças/jovens para a intervenção cirúrgica, de modo a antecipar as complicações broncopulmonares, pleurais, circulatórias e posturais mediante a explicação sobre mobilidade precoce no período pós-operatório e promoção da recuperação funcional mais rápida e completa possível.

No pré-operatório, as intervenções de enfermagem de reabilitação baseiam-se no ensino da posição de descanso e relaxamento, consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios e controlo da respiração; no ensino da respiração diagramática, da mudança de posição e da mobilização ativa, de modo a prevenir atelectasia, e contribuir para a eficiência das trocas gasosas; no ensino da tosse assistida e tosse dirigida com contenção da ferida operatória, e ensino do ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR), com o objetivo de assegurar a permeabilidade das vias aéreas e evitar a acumulação de secreções com risco de infeções respiratórias; e ensino da técnica de expiração forçada (TEF) para fortalecimento da musculatura respiratória e melhoria das condições pré-operatórias das crianças/jovens (Malcato, 2017). Os ensinamentos devem ser validados sendo este também um cuidado importante. Para além dos ensinamentos é fundamental assegurar a permeabilidade da via aérea mediante adequada mobilização de secreções com a técnica de drenagem postural modificada, tendo sempre em conta que as crianças/jovens não iram tolerar drenagem postural clássica por dor e ortopneia (Malcato, 2017).

Malcato (2017) refere ainda que as manobras acessórias como a compressão, percussão e vibração também poderão associar-se dependendo da necessidade específica de cada criança/jovem. Nesta população, o uso de dispositivos de apoio (flutter, acapella, para facilitação do despreendimento e mobilização das secreções através da vibração das vias aéreas que substituem a função mucociliar também é de grande utilidade, sem esquecer a importância de manter a estabilidade de esterno na realização da tosse assistida/dirigida (Malcato, 2017). Outras técnicas como o CATR, a respiração abdomino-diafragmática, ênfase na inspiração e a expiração forçada (huff), permitem melhorar a capacidade funcional respiratória.

No sentido de melhorar a capacidade funcional motora e prevenir as consequências da imobilidade devem ser realizados exercícios de mobilização ativa, levante e deambulação precoces. A caminhada também deve constar de um programa de pré e pós-operatório (Malcato, 2017).

Integrados no grupo das crianças submetidas a cirurgia torácica, os RNPT representam um grupo especial. Estes para além de necessitarem de RFR também necessitaram de adquirir competências orais para a alimentação oral na mama ou no biberão, atendendo à sua imaturidade para se alimentarem por via oral. O RNPT é aquele que tem menos de 37 semanas completas de gestação e em consequência da imaturidade são privados de experiências orais que

favoreçam sua habilidade de coordenação sucção-deglutição-respiração (S-D-R) e são alimentados por via parentérica através de SNG.

De acordo com Otto & Almeida (2017) a existência de SNG priva os bebês de estímulos sensoriais importantes para o desenvolvimento sistema sensório-motor-oral (SSMO). E a realidade de apresentarem dificuldade para se alimentarem por via oral, gera stresse para a pessoa de referência/família, podendo no meu ponto de vista, constituir um aspeto importante a ser incluído no ensino do autocuidado.

Tendo em conta que as intervenções planeadas de enfermagem de reabilitação têm como objetivo otimizar e/ou reeducar as funções a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação em qualquer faixa etária” (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro da OE). Nos recém-nascidos com compromisso na deglutição, os cuidados de enfermagem de reabilitação podem ajudar a reduzir os episódios de aspiração ao reforçarem as técnicas compensatórias da deglutição, tornando o processo mais seguro.

De acordo com Glenn-Molali (2011), a utilização de técnicas compensatórias da deglutição nos clientes com problemas desta natureza permite melhorar o autocuidado de alimentação na medida em que promove a manutenção da nutrição e hidratação adequadas.

Para Glenn-Molali (2011), as técnicas compensatórias são as que poderão facilitar e proporcionar maior adesão do RNPT à alimentação por via oral como por exemplo: a alteração do volume, textura do leite e o ritmo da administração; a estimulação sensorial; a estimulação oral para melhorar a coordenação motora-oral; a utilização de diferentes biberons, copos, mamilos para aleitamento e o posicionamento adequado

Face ao exposto o tema central deste trabalho é a “Promoção do Autocuidado em crianças, jovens e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação” a escolha da teoria, de Orem revelou-se essencial para fundamentar o meu projeto de intervenção orientar e ensinar e envolver as crianças/jovens e famílias no seu processo de reabilitação, potenciando as suas capacidades de autocuidado e autonomia.

4. OBJECTIVOS DO ESTÁGIO

Tratando-se a área da Pediatria como o território da minha eleição e do meu maior interesse, elegi esta área como a privilegiada para a aquisição e desenvolvimento de competências em enfermagem de reabilitação com enfoque na promoção do autocuidado em crianças, jovens e famílias com necessidades destes cuidados de enfermagem de reabilitação.

O estágio final em Enfermagem de Reabilitação, deve avaliar o desenho de implementação do projeto de intervenção e apresentar um relatório para prova pública, assim a determinação de objetivos constituiu-se como fundamental.

Silva & Camillo (2007) referem que a investigação educacional evidencia que a delimitação de objetivos constitui uma estratégia eficaz para o estudante, pois dessa forma irá demonstrar a sua aprendizagem e clarificar as suas intenções e procedimentos de formação.

De acordo com o definido para a UC Estágio Final, os mestrandos deverão desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação a pessoas com patologias do foro neurológico e respiratório; aperfeiçoar competências adquiridas no primeiro estágio subordinadas ao planeamento de cuidados especializados de enfermeiro de reabilitação no sentido de maximizar a autonomia e funcionalidade da pessoa; adquirir competências no que concerne a gestão, supervisão e coordenação do corpo de enfermagem e projetos e produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermeiro de reabilitação.

Tendo em conta os objetivos do estágio final e as competências que é suposto os estudantes desenvolverem, a análise do contexto e o envolvimento no mesmo e ainda a reflexão sobre os cuidados desenvolvidos e a importância do ensino e do treino como atividade fundamental em enfermagem de reabilitação tracei como o objetivo geral do projeto contribuir para a capacitação das crianças/jovens e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação através do ensino e do treino relativamente às atividades de autocuidado. E como objetivos específicos defini os seguintes:

1. identificar no momento da admissão os conhecimentos e capacidades que as crianças/jovens e famílias demonstram relativamente às atividades de autocuidado identificadas a partir da escala aplicada;

2. identificar as atividades de autocuidado que necessitam de mais ensino e treino;
3. desenvolver um plano de intervenção que inclua o ensino e treino de cuidados nas crianças/jovens e famílias relativamente as dificuldades identificadas;
4. avaliar no momento da alta, os conhecimentos adquiridos relativamente às atividades de autocuidado;
5. descrever as atividades de enfermagem que mais concorreram para o desenvolvimento das capacidades de autocuidado nas crianças/jovens e famílias com necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação.

5. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

5.1 A Teoria do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

De acordo com Queiroz, Vidinha & Filho (2014) a ciência de enfermagem está nos primórdios do seu desenvolvimento e é entendida como um conhecimento próprio que se foca no processo humano-universo-saúde. Estes autores reforçam o aspeto prático da ciência de enfermagem e a sua relação entre a teoria e a prática (Queiroz, Vidinha e Filho, 2014).

A prestação de cuidados à díade crianças/jovens e famílias foi realizada à luz da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem uma vez que esta teoria fornece as ferramentas necessárias para a promoção do autocuidado, permitindo a capacitação das crianças/jovens ou da família como agentes do autocuidado dependente.

Para Orem (2001), o autocuidado é definido como um conjunto de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, que se aprende conforme se desenvolve. Tem a finalidade de manter a saúde e a vida, prolongar o desenvolvimento pessoal e conservar o bem-estar. Todo o ser humano possui condições ou requisitos universais de autocuidado, e de acordo com Orem (2001) os enfermeiros, em parceria com os clientes devem identificar os deficits de autocuidado, para que se possa desenvolver nestes indivíduos os potenciais já existentes para a prática do autocuidado.

Os requisitos de autocuidado universal comuns a todos os seres humanos, estão relacionado com os processos de vida, a integridade física e o funcionamento humano são e exemplo destes requisitos a “manutenção de uma quantidade suficiente de ar” e a “prevenção de perigos” (Orem, 2001, p.225) e também estão associados às mudanças das diferentes fases da vida e às adaptações sociais.

De acordo com Orem (2001), o autocuidado tem uma dupla conotação que corresponde a “por si só” e “feito por alguém”. O prestador de autocuidado é referido como agente de autocuidado, a pessoa de referência da criança ou adulto dependente é referido pelo termo geral agente de cuidado dependente. Os recém-nascidos e as crianças necessitam de cuidados de outros, atendendo que estão em etapas iniciais de desenvolvimento físico, psicológico e psicossocial. Existem diferentes requisitos de autocuidados: universais (comuns a todas as pessoas), de desenvolvimento (relacionados com o estágio de desenvolvimento da pessoa) e por desvio da

saúde (devido à doença ou à incapacidade) que impõe uma mudança no comportamento do autocuidado (Orem, 2001).

Para Petronilho & Machado (2017), a teoria do déficit do autocuidado, é o elemento fundamental na teoria de Orem, porque revela e desenvolve a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem. Orem (2001), define métodos de ajuda e/ou formas de assistir a pessoa no autocuidado como “agir ou fazer pela pessoa”, “guiar e orientar”, “proporcionar apoio físico e psicológico” “proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal” e “ensinar”. Ao identificar-se as necessidades superiores à capacidade da pessoa, emerge um déficit de AC, que exige uma resposta a uma necessidade de cuidado. Assim, perante a avaliação do déficit de AC, o enfermeiro vai adaptar a sua intervenção no sentido de diminuir os seus efeitos (Orem, 2001).

Orem reconheceu três classificações de Sistemas de Enfermagem, o sistema totalmente compensatório, que exhibe as situações em que a pessoa não consegue envolver-se e realizar as ações de AC e é incapaz de se autocuidar, encontrando-se socialmente dependente de outros; o sistema parcialmente compensatório, que ocorre quando a pessoa tem a capacidade para executar algumas ações de autocuidados e necessita dos enfermeiros para compensar as suas limitações, e o sistema de apoio/educação, presente quando a pessoa detém capacidade para o AC, todavia precisa de apoio, orientação e ensino dos enfermeiros para o desenvolvimento das atividades de AC. Por isso Petronilho & Machado (2017, p.8), afirmam que esta teoria permite determinar como é que os enfermeiros, as pessoas ou ambos, dão resposta e conseguem satisfazer as necessidades de AC. Indicando também que a espécie de métodos ou assistências que os profissionais de enfermagem devem utilizar, para instituir e manter a melhor assistência aos doentes (Remor, Brito, Petters, & Santos, 1986).

Esta teoria foi eleita considerando que o desenvolvimento e maturidade neurológica, cognitiva e músculo-esquelética destas crianças não lhes permite a satisfação das suas necessidades, sendo por isso necessárias ferramentas que possam constituir uma mais-valia para a intervenção de enfermagem enfermeiro junto dos pais com o objetivo de os capacitar como agentes de autocuidado dependente (Orem, 2001).

No caso das crianças/jovens a quem prestei cuidados, o déficit de autocuidado foi identificado nos pais/pessoa de referência e o enfermeiro auxiliou o agente do autocuidado dependente a responder às necessidades, utilizando um de três sistemas de enfermagem (sistemas de

enfermagem totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou educativo e de suporte) e por meio de cinco métodos de ajuda (agindo ou fazendo em vez de; ensinando; orientando, apoiando ou proporcionando um ambiente em que a pessoa se possa desenvolver e crescer) (Orem, 2001).

Os requisitos de AC referentes ao desenvolvimento são importantes para a formação inicial das características humanas (estruturais, funcionais e comportamentais). Constituem-se como os requisitos que promovem um mecanismo que auxilia a pessoa a viver, amadurecer e prevenir doenças que afetam o seu desenvolvimento, ou que atenuam os efeitos da doença. Também estão associados às mudanças das diferentes fases da vida e às adaptações sociais (Orem, 2001).

Nesta perspetiva as intervenções de enfermagem de reabilitação mais simples ou complexas visaram a capacitação dos pais como agentes de autocuidado das crianças internadas e a supervisão dos seus cuidados para garantir a qualidade dos cuidados prestados e a continuidade dos mesmos.

Atualmente a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) define autocuidado como “(...) a ação realizada pelo próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (Concelho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2016).

De acordo com Hockenberry & Barrera (2014, p.12) o papel dos enfermeiros é contribuir para a promoção da saúde e bem-estar das crianças e famílias. Os enfermeiros necessitam de construir uma relação significativa com as crianças e suas famílias, no entanto, ao mesmo tempo devem permanecer afastados para distinguir os seus próprios sentimentos e necessidades. Os enfermeiros no cuidado às crianças e famílias devem demonstrar cuidado, compaixão e empatia pelos outros, atendendo a faixa etária de cada criança.

Os EEER dotados de competências técnicas e práticas, reabilitam as pessoas em qualquer fase do ciclo de vida, quer na doença aguda, como na crónica, de modo a maximizar o seu potencial, reestruturar a sua funcionalidade e deste modo permitir a sua independência e autonomia (OE, 2011).

5.2 A Criança/Jovem e Família com Necessidades Especiais

De acordo com Latado (2016), são diversas as condições que provocam incapacidade às crianças e aos jovens e que despontam a recorrência aos serviços de saúde. Na função respiratória, a asma (crónica) e a bronquiolite (aguda) são as causas com maior impacto na saúde das crianças e famílias e requerem intervenções específicas dos EEER. Relativamente às disfunções motoras, a lesão medular e a paralisia cerebral constituem-se como as condições que causam maior incapacidade em crianças (Latado, 2016).

Quando abordadas as situações de saúde que em pediatria requerem reabilitação ressaltam as decorrentes de situações congénitas (ex. espinha bífida e paralisia cerebral), doença crónica (ex. doença hematológica e cardíaca), incapacidade de desenvolvimento (ex. paralisia cerebral), problemas de prematuridade (ex. displasia broncopulmonar) e outras patologias como as doenças neuromusculares e situações decorrentes de incapacidades adquiridas, como é o caso da incapacidade provocada pelo acidente vascular cerebral (AVC) e outras doenças do foro neurológico ou traumático (Hoeman, 2011).

A enfermagem de reabilitação fornece apoio educativo e intervém na orientação e treino (Pires, Santos, Brasil & Luma, 2015) de quem necessita de cuidados. Para além do ensino sobre os cuidados, o enfermeiro e a equipa multiprofissional devem supervisionar e se certificar da sua eficácia (Trettene, Fontes, Razera & Gomide, 2016). Além disso as intervenções, como a promoção do autocuidado devem de ter como objetivo a continuidade dos cuidados e a reintegração das crianças na família e na comunidade (Latado, 2016). A família é tida como elemento colaborador no processo de cuidados e de suporte da criança, assim deve-se atender sempre à diade (Latado, 2016).

Os bebés e crianças necessitam ser assistidos (Orem, 2001) e a enfermagem de reabilitação através dos cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação proporciona ações de autocuidado, que incluem, por exemplo, as relacionadas com défices da oxigenação ou alimentação. Entre as intervenções realizadas, estão a assistência direta ao lactente, orientação e treino da pessoa de referência (Trettene, Fontes, Razera & Gomide, 2016).

A capacidade para o autocuidado consiste em habilidades a serem adquiridas para o efetivo cuidado das crianças. Está diretamente relacionada a fatores condicionantes básicos,

como idade, experiência de vida e fatores socioculturais. Além disso, é necessário que o cuidador se envolva e queira realizar as ações (Pires, Santos, Brasil & Luma, 2015).

A área de Enfermagem de Reabilitação em Pediatria, assume um papel fundamental para obter ganhos em saúde nomeadamente na prevenção de limitações futuras, preservando as capacidades existentes, diminuindo as sequelas da imobilidade, maximizando a autonomia, independência funcional e, conseqüentemente, a qualidade de vida. Atendendo que, os EEER possuem competências específicas em diversos domínios como o cuidado de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática desses cuidados, capacitando as pessoas com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (Regulamento n.º 125/2011).

Em pediatria a intervenção dos EEER torna-se fundamental ao procurarem conhecer as crianças, identificarem as suas reais necessidades, o seu meio envolvente e as condições necessárias para que a funcionalidade e a sua participação seja otimizada e que seja capaz de viver de acordo com a sua incapacidade (Instituto Nacional de Reabilitação, 2010). As crianças possuem características próprias do seu desenvolvimento que devem ser interpretadas no processo de reabilitação, onde a família tem um papel de suporte de relevância (Latado, 2016).

A envolvimento da família nos cuidados prestados às crianças é de extrema importância, pois ela constitui o elo mais forte da cadeia de prestadores de cuidados continuados, sem eles não seria possível o sucesso dos programas de reabilitação (Bandeira & Castro, 2009).

Cuidar em pediatria tem muitas particularidades e uma das principais é conquistar a confiança das crianças, sobretudo das mais pequenas, não esquecendo que o enfermeiro deve entrar no quarto sem pressas e sem qualquer gesto brusco ou pouco afável (Hockenberry & Barrera, 2014).

De acordo com Cassandra (1998) os lactentes precisam de tempo para se habituarem a novas pessoas ou a novos ambientes. É importante a relação que se estabelece com os pais destas crianças porque elas estabelecem a sua confiança observando as reações dos pais com os enfermeiros e analisando as suas intervenções. Deste modo, o tempo despendido na primeira interação com estas crianças torna-se fulcral para os cuidados a realizar. A autora anterior salienta ainda que para desenvolver a confiança com os lactentes deve-se manter o contato visual, sorrir e usar um tom de voz suave.

Na sua generalidade as crianças são melhor consoláveis pelos pais, o que significa que os cuidados a realizar devem ser efetuados na sua presença e sempre que possível até mesmo ao seu colo (Wilson, 2014).

Wilson (2014) refere que a avaliação é fundamental para o levantamento de necessidades e para a elaboração do plano de intervenção, sendo que nas crianças esta tarefa pode ser dificultada pela incapacidade de comunicar o que realmente sentem e/ ou pela pouca colaboração durante a observação. A avaliação pode ser subjetiva, ou seja, o que motiva as pessoas a procurarem cuidados de saúde (como exemplo a febre, dificuldade respiratória ou tosse), ou pode ser objetiva, que resulta da observação do profissional).

A avaliação objetiva inclui a inspeção, palpação, percussão e auscultação (Wilson, 2014). Nas crianças, o estado de consciência e o comportamento dão-nos informações importantes sobre a sua situação geral, assim é importante verificar se estão irritadas, agitadas, chorosas, sonolentas, atentas, calmas ou confortáveis. Para avaliar a respiração deve-se observar o ritmo, a profundidade, a frequência, se existe esforço e se é contínua ou intermitente (Wilson, 2014).

A observação do tórax é importante para a identificação de presença de tiragem (supra-esternal, infracostal ou intercostal) e de assimetrias. Deve avaliar-se a existência de tosse e as suas características. É também importante verificar se há cianose, adejo nasal, dor torácica, hipocratismo digital, obstrução nasal e secreções nasais (Wilson, 2014).

Para os sons respiratórios identifica-se a presença de rouquidão, gemido, estridor, pieira ou farfalheira. À auscultação pode avaliar-se a sibilância, fêvres ou roncos. Associados a este quadro podem estar presentes outros sinais e sintomas, que sendo mais gerais, são característicos de algumas patologias respiratórias: febre, anorexia, vômitos, diarreia e dor abdominal (Lopes & Araújo, 2007).

As crianças apresentam algumas especificidades na anatomia e fisiologia das estruturas do aparelho respiratório. Assim, para desenvolver cuidados na área da pediatria, é essencial conhecer essas particularidades e adequar as intervenções. De acordo com, Cordeiro & Leite (2012) destacam-se várias particularidades que são:

Diâmetro das vias aéreas: as vias aéreas de tamanho reduzido e de menor diâmetro geram uma maior resistência à passagem do ar, estando mais vulneráveis à ocorrência de edema e de obstrução, originando uma maior prevalência do broncospasmo (Cordeiro & Leite, 2012).

A cavidade torácica é uma “estrutura óssea constituída pelas costelas, vértebras e esterno” e está dividida no “pulmão direito, pulmão esquerdo e o mediastino”. O mediastino é constituído pelo “esófago, traqueia, os grandes vasos sanguíneos e o coração”. O pulmão está envolvido por uma cavidade pleural, “esta membrana reveste toda a cavidade torácica e adere às costelas e à superfície superior do diafragma” (Cordeiro & Leite, 2012).

Nos recém-nascidos e latentes, a caixa torácica é arredondada, com diâmetro ântero-posterior igual ao transversal, devido à posição mais horizontal das costelas, quase perpendiculares à coluna vertebral (Cordeiro & Leite, 2012) e com o crescimento, as costelas tornam-se oblíquas, dirigindo-se para baixo e para a frente. No final do primeiro ano de idade, o diâmetro transversal torna-se maior que o ântero-posterior, adquirindo o formato elíptico do adulto, por volta dos 7 anos de idade (Cordeiro & Leite, 2012).

O formato arredondado do tórax confere desvantagem à mecânica respiratória de crianças pequenas, porque ocorre menor elevação das costelas durante a contração da musculatura intercostal (Matsuno, 2012). Relativamente à superfície alveolar, é menor nas crianças, durante os dois primeiros anos ocorre grande multiplicação e crescimento dos alvéolos; a pequena superfície alveolar leva a uma frequência respiratória elevada (Wilson, 2014).

Relativamente à *compliance* torácica, o lactente apresenta uma forma torácica arredondada, que vai originar uma menor mobilidade costal e uma menor expansão torácica; as crianças apresentam a grelha costal mais horizontal, costelas menos rígidas e flexíveis, e o ângulo de inserção do diafragma é mais horizontal, o que torna a ventilação menos eficiente; nas crianças pequenas a distensibilidade pulmonar está aumentada e a retração elástica do pulmão está diminuída, o que pode originar hiperinsuflação (Wilson, 2014).

A massa muscular diafragmática nos recém-nascidos apresenta-se pouco desenvolvida o que pode levar à exaustão respiratória e consequente apneia; em relação à imaturidade do sistema pulmonar pode causar alteração da ventilação e da perfusão; nos recém-nascidos há uma resistência vascular pulmonar elevada e até aos 2 anos as comunicações interalveolares e inter-ductais (que permitem a ventilação colateral) estão pouco desenvolvidas potenciando a formação de atelectasias (Cordeiro & Leite, 2012).

Atendendo à imaturidade do sistema imunológico, os lactentes têm o sistema imunológico imaturo o que os torna suscetíveis de adquirir infecções bacterianas e virais. Os lactentes apresentam a laringe numa posição alta e evidenciam uma respiração predominantemente nasal, a epiglote é longa e flácida e a língua é proporcionalmente maior em relação ao adulto. A cartilagem traqueobrônquica é elástica, facilmente compressível e com uma *compliance* aumentada devido a uma menor quantidade de músculo liso que oferece estabilidade (Wilson, 2014).

Todos estes fatores têm implicações importantes para a ocorrência de problemas respiratórios na infância. De acordo com Wilson (2014) “as crianças mais pequenas estão mais predispostas à obstrução das vias aéreas e à formação de atelectasias, especialmente como resultado de infecções respiratórias de repetição” (p.1261).

5.3 As Crianças/Jovens com Disfunções Cardiorrespiratórias

5.3.1 Disfunção Cardíaca – Doença Cardíaca Congénita

As cardiopatias congénitas (CC) são malformações ou defeitos na estrutura anatómica do coração e nos grandes vasos presentes no nascimento. As causas específicas da maior parte das D.C.C (Doenças Cardíacas Congénitas) são desconhecidas (Delaney, Shroeder & Baker, 2014). Segundo estes autores, calcula-se que a maior parte das CC resulta da combinação de vários fatores genéticos e ambientais, e o efeito desta exposição é particularmente nociva quando ocorre durante os primeiros três meses da gravidez. Noutros casos, as CC são provocadas por anomalias genéticas ou cromossómicas, como a síndrome de turner ou a síndrome de down (Delaney, Shroeder & Baker, 2014).

Segundo Hockenberry & Wilson (2014) os fatores de risco associados a uma maior incidência de CC, estão relacionados com fatores de risco materno, tais como diabetes ou a fenilcetonúria mal controlada, consumo de álcool, a exposição a substâncias ambientais tóxicas e infeções. A existência de antecedentes de cardiopatia na família, também pode aumentar a probabilidade de anomalia cardíaca e a anomalias cromossómicas, específicas, como o síndrome de down, trissomia 13 e 18 também estão associados a estas cardiopatias. Contudo um diagnóstico definitivo de uma CC terá que ser feito através da observação das manifestações e de exames complementares de diagnóstico (Opperman & Cassandra, 2001).

As manifestações clínicas de cardiopatia congênita diferem com a idade das crianças e a natureza da cardiopatia. No período neonatal e de latência manifestam-se as cardiopatias mais graves, em que os quadro mais comuns são: insuficiência cardíaca, a hipoxemia, ou ambos (Meireles, Lemos & Alvares, 2017).

Segundo Delaney, Shroeder & Baker (2014) entre as cardiopatias não cianóticas mais frequentes estão a comunicação interventricular (CIV), a comunicação interauricular (CIA), o ducto arterial patente (10%), os defeitos do septo auricular (7-10%), a estenose da válvula pulmonar (7%), a coartação da aorta (6%) e a estenose da válvula aórtica (6%). As restantes cardiopatias congénitas pertencem a um grupo de raras e complexas alterações da anatomia do coração, como o truncus arteriosus, o ventrículo único ou a confluência anormal das veias pulmonares (Delaney, Shroeder & Baker, 2014).

De uma forma sucinta, a CIV é um orifício no septo interventricular, que permite a passagem de sangue do Ventrículo esquerdo (VE) para o Ventrículo direito (VD) e para os pulmões. A maior parte das CIV são pequenas, não manifestam sintomas e encerram espontaneamente, não sendo necessário qualquer tratamento (Delaney, Shroeder & Baker, 2014). Porém, as CIV grandes necessitam de tratamento pois permitem a passagem de grande quantidade de sangue para os pulmões provocando insuficiência cardíaca que se manifesta por cansaço a pequenos esforços, lenta progressão ponderal, falta de ar, sudorese aumentada e infeções respiratórias de repetição (Delaney, Shroeder & Baker, 2014). Habitualmente, os sintomas melhoram a partir do sexto mês de vida e a cirurgia corretiva realiza-se às crianças que mantenham a CIV demasiado grande, que não tenha diminuído com o tempo, provocando sobrecarga no coração e pulmões (Monterroso, 2008).

Relativamente à CIA, encerram espontaneamente, no entanto, as que persistem tornam-se bem toleradas a vida toda. Contudo, quando são grandes provocam dilatação do VD e da artéria pulmonar e consequentemente infeções respiratórias de repetição e dificuldade em ganhar peso. Estas situações devem ser tratadas para evitar alterações graves na circulação pulmonar, insuficiência cardíaca e arritmias na idade adulta (Delaney, Schoeder & Baker, 2014).

Em relação às cardiopatias congénitas cianóticas mais frequentes são a tetralogia de Fallot (5%) e a transposição dos grandes vasos (T.G.V.) (5%) (Nousi & Christou, 2010).

Relativamente à Classificação da D.C.C., a cardiopatia congénita pode ser assintomática, o que permite às crianças um bom nível de desenvolvimento e um estilo de vida normal,

ou sintomática, envolvendo perdas de funcionalidade das crianças e atrasos no desenvolvimento físico, psicomotor e cognitivo (Simões, Pires & Barroca, 2010).

As cardiopatias supracitadas, constituíram-se como as cardiopatias mais comuns, das crianças a quem prestei cuidados.

De acordo com Fragata et al. (2009), quando se fala em doença cardíaca nas crianças, pensa-se quase sempre em cardiopatia congénita, mas na verdade as crianças também podem desenvolver doença cardíaca, adquirida como por exemplo valvulopatias decorrentes de febre reumática ou endocardite ou por outros problemas de natureza autoimune, metabólica, ou por fatores ambientais e tendências familiares (O'Brien, 2006).

Os EEER podem constituir-se como elemento essencial no processo de avaliação das crianças/jovens submetidos a cirurgia cardíaca e na sua recuperação funcional. A sua intervenção tanto pode ocorrer no período pré-operatório como no período e pós-operatório, constituindo-se também como elemento fundamental na continuidade de cuidados para domicílio/comunidade (Malcato, 2017).

Na abordagem pré-operatória assume importância especial a preparação para a alta, no sentido de prevenir as complicações decorrentes do trauma cirúrgico e a minimizar as incapacidades instaladas pela intervenção cirúrgica, o que levará a uma recuperação funcional mais rápida e completa (Malcato, 2017). De acordo com Testas (2008) a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da crianças/jovem para a intervenção cirúrgica é fundamental, antecipando as complicações bronco pulmonares, pleurais, circulatórias e posturais mediante e ensinando e explicando os benefícios da mobilidade precoce no período pós-operatório.

A reeducação funcional respiratória (RFR) constituiu-se como uma das áreas de intervenção privilegiada dos EEER, sendo o tratamento baseado nos fenómenos mecânicos da respiração com o principal objetivo de melhorar a ventilação pulmonar. A evidência científica, descreve que a RFR abrange a prevenção e tratamento de complicações, nas situações de pré e pós-cirurgias do foro toraco-abdominal, entre outras (Canteiro & Heitor, 2003)

5.3.2 Disfunção Respiratória – Bronquiolite

A bronquiolite é uma infeção respiratória aguda, de etiologia vírica, caracterizada por obstrução inflamatória das pequenas vias aéreas que ocorre nos 2 primeiros anos de vida. O

diagnóstico é feito de acordo com o quadro clínico, idade da criança e presença de epidemia de bronquiolite na comunidade. Após uma bronquiolite é comum repetirem-se alguns episódios de pieira com as mesmas características, geralmente de menor gravidade (DGS, 2015).

O diagnóstico é clínico e fundamentado pela idade, presença de contexto epidemiológico e evolução temporal dos sinais de doença e sintomas característicos (Guimarães, Freitas & Morais, 2018).

Nos casos mais graves estão ainda presentes saturação periférica de oxigênio (SpO₂) inferior a 95% e respiração paradoxal. Muitos vírus causam o mesmo conjunto de sinais e sintomas, mas a etiologia mais comum é o vírus sincicial respiratório (VSR), responsável por cerca de 75% dos casos e com predomínio sazonal entre novembro e abril (Guimarães, Freitas & Morais, 2018).

Após a infecção, o VSR continua a ser eliminado pelas secreções brônquicas durante cerca de 9 dias. Nos lactentes com imunodeficiência, este período pode prolongar-se até, em média, 30 dias. Se o lactente tiver três ou mais episódios de bronquiolite ou quando o quadro for atípico ou grave, é importante o diagnóstico diferencial com outras doenças como asma, refluxo gastroesofágico, fibrose quística, insuficiência cardíaca ou aspiração de corpo estranho (Carvalho, Cunha & Barreto, 2002).

De acordo com DGS (2015), os casos mais graves desta doença, ocorrem em meninos entre os 2 e os 6 meses, com baixo peso à nascença, privação de aleitamento materno, mãe fumadora, crianças que frequentam creches e diminuição prévia da função pulmonar. A bronquiolite viral aguda é caracterizada por edema da mucosa, descamação epitelial e hipersecreção brônquica que causa uma obstrução parcial ou total das vias aéreas.

Secundária à infecção viral há lesão grave da mucosa brônquica com aumento das secreções que comprometem a permeabilidade das vias aéreas podendo ou não apresentar atelectasias. Muitas vezes existe a necessidade de intervenção para desobstrução, com consequente otimização das trocas gasosas e redução do esforço respiratório (Lanza, Gazzotti & Luque, 2008).

Apesar de apresentar um prognóstico favorável na maioria dos casos, a doença pode também apresentar complicações como desidratação, hiponatremia e otite média aguda (Guimarães, Freitas & Morais, 2018).

Existem diferentes estádios de gravidade da bronquiolite, que segundo Postiaux (2004, p. 50) são:

- **Estádio 1**, em que existe “rinorreia, sibilância, diminuição dos ruídos respiratórios, tosse, frequência respiratória:30-45c/min e SpO₂>95%” (Postiaux, 2004, p. 50);
- **Estádio 2** (desconforto Respiratório), verificando-se “diminuição dos ruídos respiratórios normais e sibilos, frequência respiratória:45-60c/min, 90%<SpO₂<95%, respiração paradoxal, tiragem external, estridor expiratório, adejo nasal e cianose labial ao esforço” (Postiaux, 2004, p. 50);
- **Estádio 3** (Insuficiência Respiratória), averigua-se o “silêncio estetoacústico, frequência respiratória>60c/min, SpO₂<90%, taquicárdia, tiragem esternal, intercostal, subcostal, sonolência, irritabilidade, letargia, distúrbios da consciência e cianose generalizada” (Postiaux, 2004, p. 50).

A DGS (2015) não recomenda a realização de radiografia do tórax por rotina nas crianças com o diagnóstico de bronquiolite aguda. As orientações da DGS (2015), recomendam o tratamento em ambulatório é essencialmente de suporte, alimentação e hidratação adequadas; vigilância do estado respiratório (hipoxémia, apneias e insuficiência respiratória), desobstrução nasal, elevação da cabeceira da cama e controlo da febre. Outros aspetos mais controversos dizem respeito ao uso de broncodilatadores, corticóides, antibióticos, antivirais específicos, imunoglobulinas e RFR.

A reabilitação respiratória poderá contribuir para a melhoria do estado clínico, na medida em vai permitir aumentar a permeabilidade das vias aéreas, corrigir os defeitos ventilatórios e melhorar a distribuição e ventilação alveolar (Postiaux, 2004).

5.3.3 Disfunção Respiratória – Pneumonia

A pneumonia é uma infeção aguda do trato respiratório inferior. Frequentemente denominada pneumonia adquirida na comunidade (PAC), isto é, adquirida fora do ambiente hospitalar, quando as crianças não estiveram internadas nos sete dias anteriores ou estava internada há menos de 48 horas (Guimarães, Freitas & Morais, 2018).

Quando ocorre após 48 horas da admissão hospitalar, é denominada ‘pneumonia adquirida no hospital’ (PAH). As variáveis de risco para a PAC relacionadas ao hospedeiro são:

desnutrição, baixa idade, comorbidades, baixo peso ao nascer, episódios prévios de sibilos e pneumonias, ausência de aleitamento materno, vacinação incompleta e infecções virais respiratórias (Guimarães, Freitas & Moraes, 2018).

A apresentação clínica habitual, inclui: febre, tosse e dispneia/dificuldade respiratória, toracalgia/dor abdominal, rigidez na nuca, bem como antecedentes patológicos, estado vacinal, toma de antibioterapia recente, frequência de infantário, viagens recentes e exposição/contatos com agentes infecciosos, associados a evidencia radiológica de infiltrado pulmonar agudo (Guimarães, Freitas & Moraes, 2018).

A PAC é diagnosticada em crianças menores de 5 anos com história clínica de tosse e/ou dificuldade respiratória há sete ou, no máximo, dez dias, por FR elevada e/ou tiragem subcostal. Em crianças menores de 2 meses, tanto a FR maior ou igual a 60 rpm quanto a tiragem subcostal são consideradas de alto valor preditivo de PAC grave. Nas crianças de 2 meses a 4 anos, os valores da FR indicativos de que as crianças tenham PAC são maiores ou iguais a 50 rpm se as crianças tiverem 2 a 11 meses e maior ou igual a 40 se de 1 a 4 anos (Guimarães, Freitas & Moraes, 2018).

A tiragem subcostal é considerada como sinal de PAC grave em crianças de 2 meses a 4 anos. A taquipneia pode estar associada a PAC em crianças com sibilos, mas a história de episódios prévios de sibilância leva ao possível diagnóstico de hiper-reatividade brônquica/asma. Por isso, nestes casos, a FR deve ser contada após o tratamento da sibilância que o paciente apresente com broncodilatadores e eventualmente corticosteroides sistêmicos (Ross et al, 2014).

No recém-nascido as manifestações respiratórias são ainda menos evidentes. Costumam predominar os sinais gerais de sepsis, como recusa do alimento, letargia, hipotonia, convulsões, vômitos, distensão abdominal, palidez, cianose, hipotermia, com grau variável de comprometimento respiratório (taquipneia, episódios de apneia, tiragem, batimento de asas do nariz e gemido) (Ferreira, Sant'Anna, March, Santos & Cunha, 2014).

Nos lactentes e crianças pequenas, as PAC costumam iniciar-se com quadro febril brusco. À medida que o quadro progride, aparecem manifestações de maior gravidade: letargia, recusa alimentar, tiragem subcostal, taquipneia, gemido expiratório, cianose, distensão abdominal e taquicardia (Ferreira, Sant'Anna, March, Santos & Cunha, 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a tosse e dificuldade respiratória em associação com taquipneia (sinal mais importante) permitem o diagnóstico da PAC na prática pediátrica (Jain et al, 2015). As PAC também podem ser classificadas de acordo com a idade. Crianças com menos de 2 meses que, além de tosse e da dificuldade respiratória, apresentam FR elevada (≥ 60), com ou sem tiragem subcostal, devem ser consideradas como pacientes com pneumonia grave e internadas para tratamento hospitalar (Jain et al, 2015).

As crianças com mais de 2 meses são separados em dois grupos: a) pneumonia (apenas FR aumentada para a idade) – requerem tratamento ambulatorial com antibioticoterapia; b) pneumonia grave (FR aumentada com presença de tiragem subcostal) – devem ser encaminhados para internação hospitalar. Outros sinais de PAC que indicam gravidade e necessidade de internamento são a saturação de oxigênio inferior a 92%; ausência de murmúrio vesicular, com possibilidade ou confirmação radiológica de complicações, como derrame pleural (DP) e empiema; desnutrição grave; sonolência e recusa alimentar (Jain et al, 2015).

5.3.4 Disfunção Respiratória – Asma

A asma é uma doença crónica que ocorre em todos os grupos etários, afetando mais de 300 milhões de pessoas no Mundo. Geralmente a asma surge na infância, constituindo uma das doenças crónicas mais frequentes e pode persistir ao longo dos anos, sendo menos frequente o seu início na idade adulta. Tem grande impacto na vida dos seus portadores, cuidadores e na comunidade (DGS,2017).

Em Portugal, e de acordo com o Programa Nacional para as Doença Respiratórias (PNDR) a prevalência da asma na população residente é de 6,8% (Inquérito Nacional de Prevalência da Asma de 2010). A prevalência é mais elevada na população infantil e juvenil, constituindo causa frequente de internamento hospitalar. Estima-se que a prevalência média de asma atingirá mais de 11% da população no grupo etário dos 6-7 anos, 11,8% no dos 13-14 anos e 5,2% no dos 20-44 anos (DGS,2017).

Estima-se que apenas 57% das pessoas com asma tenham a sua doença controlada, ou seja, cerca de 300.000 portugueses necessitam de melhor intervenção para controlo da doença. De acordo com a DGS (2017) o Inquérito Nacional de Controlo da Asma de 2010 revelou que 88% dos indivíduos com asma não controlados consideram erradamente a sua doença como controlada o que atesta a necessidade de maior informação sobre a doença.

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, caracterizada por limitação variável ao fluxo aéreo e acompanhada, na maioria dos casos, por hiperreatividade brônquica. Nas crianças é uma das doenças com maior prevalência (DGS,2017).

Os fatores genéticos, ambientais, alérgicos, infecciosos, emocionais, além das relações interpessoais e aspetos psicossociais estão envolvidos no desenvolvimento da asma, bem como na manutenção dos seus sintomas (Global Initiative for Asthma [GINA], 2015).

As exacerbações estão associadas à hiperreatividade associada a fatores como o exercício, exposição a alérgenos ou irritantes, mudanças atmosféricas ou infecções respiratórias (Global Initiative for Asthma, 2015) conduzindo à obstrução progressiva e à hiperinsuflação (Menoita, Costa, Matias & Cordeiro, 2012).

A educação das crianças/jovens com asma e das famílias, sobre a terapêutica farmacológica recomendada pelos consensos internacionais para o tratamento da asma, assumem um papel fundamental na diminuição da morbidade e mortalidade da doença tal como funcional a reeducação respiratória e todas as estratégias para evitar o princípio de uma crise (National Institutes of Health, 2002). Por isso, uma melhor prática dos profissionais de saúde, que tenha em conta estes aspetos, é um dos pilares fundamentais do êxito de um programa de controlo da asma e o desenvolvimento de capacidades e competências nos doentes e família é uma estratégia a implementar, de modo a compreender melhor a doença e adotar comportamentos adequados (DGS, 2008).

Outros autores como De Vries & Petermann (2008) assumem que quanto mais conhecimentos as crianças/jovens e famílias tiverem sobre a doença e tratamento, maior será a sua capacidade para gerir a doença, cumprir o tratamento e melhorar a sua qualidade de vida.

Deis et al (2010), demonstraram que as crianças, jovens e famílias ainda possuem conhecimentos insuficientes sobre a asma, relativamente às estratégias preventivas e de autogestão da asma. E o tratamento adequado da asma na infância envolve 4 componentes-chave: a avaliação e monitorização regulares, controlo de fatores de gravidade, farmoterapia e educação (Liu et al, 2009).

Os EEER podem ter um papel fundamental no programa de tratamento multidisciplinar dirigido às crianças com asma nomeadamente na implementação e monitorização de progra-

mas de reabilitação compreensivos e cooperativos, através da identificação e redução da exposição a fatores de risco e desencadeantes; avaliação e monitorização regulares; abordagem da agudização da asma (características pelo aumento dos sintomas e deterioração da função pulmonar); envolvimento de capacidades e competências no doente e família como uma estratégia a implementar, de modo a compreender melhor a doença e adotar comportamentos adequados (DGS,2008).

Cordeiro & Leite (2012) também referem que os principais componentes de um programa de reabilitação respiratória dirigido às crianças com asma insistem na educação para a saúde e na reeducação respiratória.

A Global Initiative for Asthma (GINA) (2015), afirma que a intervenção não farmacológica na asma deve englobar técnicas respiratórias e atividade física controlada. Reis (2011) acrescenta que esta intervenção vai aumentar a capacidade funcional para o exercício, reduzir o número de internamentos, diminuir o custo com os tratamentos e melhorar a função emocional.

A RFR é também um momento de educação, onde se promove a capacitação das crianças/jovens e famílias para lidar com a doença e com o tratamento, de forma a torná-los o mais autónomos possível na gestão da sua situação. As brincadeiras são parte integrante da vida das crianças, não somente como atividade lúdica, mas essencialmente como um modo de se desenvolverem. É necessário adaptar os exercícios a brincadeiras e jogos, pois para além de serem um meio para o enfermeiro se aproximar das crianças, são também essenciais para diminuir o medo e a tristeza inerentes ao processo de doença e/ou internamento (Cordeiro, Menoita & Mateus, 2012).

Os EEER devem orientar e esclarecer as crianças e família sobre a importância da atividade física e sobre os seus benefícios, melhoria da mecânica respiratória, aumento do controlo da respiração, prevenção e correção postural e fundamental na redução de complicações pulmonares. A melhoria da condição física das crianças asmáticas confere-lhe maior resistência e reserva física para suportar crises obstrutivas (Latado, 2016).

5.3.5 Disfunção Respiratória – Fibrose Quística

A FQ resulta de uma disfunção de um canal de cloro localizado nas membranas apicais de células exócrinas, derivada de uma mutação a nível do gene CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) (Brennan & Schrijver, 2016). Esta disfunção resulta numa retenção de cloro no interior da célula, o que vai influenciar a absorção de sódio e água, tornando as secreções desidratadas e viscosas. Ocorre então uma acumulação de muco principalmente ao nível das vias aéreas que ficam obstruídas, criando-se um meio propenso a infeções bacterianas (Spielberg & Clancy, 2016). Para além do aparelho respiratório, também ocorrem manifestações ao nível do aparelho gastrointestinal, aparelho reprodutor e glândulas sudoríparas (Nussbaum, Roderick, McInnes, Huntington, Willard & Thompson, 2016).

O tratamento ou prevenção das manifestações respiratórias da FQ consiste na implementação de várias atitudes terapêuticas, como a atividade física e desportiva e a Reeducação Funcional Respiratória (RFR), nomeadamente a limpeza das vias aéreas diária, em todos as pessoas, de forma continuada ao longo da sua vida, quer em situação de exacerbação, ou perante a condição de estabilidade clínica (DGS, 2014).

A DGS (2014), categoriza em técnicas terapêuticas em passivas e ativas. As técnicas passivas referem-se à drenagem postural e manobras de percussão e vibração torácica. As ativas compreendem técnicas, tais como o ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR) e drenagem autogénica, com ou sem ajuda de produtos de apoio, como por exemplo dispositivos de pressão positiva expiratória, pressão positiva oscilatória e compressão torácica de alta frequência.

5.3.6 Particularidades do Recém-Nascido Pré-Termo

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o recém nascido pre-termo (RNPT) é aquele que tem menos de 37 semanas completas de gestação, contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual (Otto & Almeida, 2017). Os recém nascidos com estas características apresentam dificuldade em coordenar a sucção, deglutição e respiração durante a alimentação por via oral, sendo privados de experiências orais, pois recebem alimentação exclusiva por via alternativa (Souto, 2017).

A sucção é uma importante função fisiológica, que depende de coordenação com a deglutição e a respiração, para que ocorra uma alimentação segura e bem sucedida. Em

conjunto, estas funções compõem a “via nutritiva” e são responsáveis pelo transporte rápido e seguro de um bolus de leite, a partir da cavidade oral, ao estômago (Souto, 2017).

A imaturidade sensorial, e de outras funções que os RNPT apresentam e faz com que necessitem de nutrição por via parenteral ou enteral, até que apresentem habilidades adequadas para alimentação por via oral (VO) eficiente (Otto & Almeida, 2017).

O processo de deglutição no RNPT, é descrito como um comportamento reflexo e vital, desencadeado pelo contato dos lábios com o mamilo materno, chupeta ou dedo. O padrão de sucção está organizado por surtos seguidos de pausa e a sucção está intimamente ligada à deglutição, funcionando *como* um sistema que se interliga e age com certa sincronia com a respiração (Souto, 2017).

Do ponto de vista fonoaudiológico, a função de sucção é extremamente importante pois é a partir dela que se desenvolvem os órgãos fonoarticulatórios (língua, lábios, bochechas, palato duro e palato mole, mandíbula, arcada dentária, dentes e musculatura oral) e outras funções (mastigação, deglutição, fala, respiração) (Ferreira, Marchionatti, Oliveira & Praetzel, 2010).

Os EEER podem reduzir o tempo alimentação exclusiva por via alternativa através da utilização de técnicas compensatorias e de estratégias para o ensino e treino da alimentação por VO. Podem reduzir os episódios de aspiração ao reforçarem as técnicas compensatórias da deglutição, tornando o processo mais seguro. A utilização de técnicas compensatórias da deglutição nos RNPT com problemas desta natureza permite melhorar o autocuidado de alimentação na medida em que promove a manutenção da nutrição e hidratação adequadas (Glenn-Molalo, 2011).

Souto (2017) sublinha que no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, os enfermeiros podem especificamente intervir na promoção do neurodesenvolvimento do neonato através da promoção de um ambiente de cura, através da modelação dos estímulos ambientais; na promoção da aquisição de competências orais que permitam a alimentação oral segura, funcional e prazerosa; no desenvolvimento, ensino e treino de competências para a alimentação e prevenção de disfunções oro motoras, na educação parental e na preparação para o regresso a casa e integração na comunidade.

Gosa & Dodrill (2017) sublinham que toda a literatura aponta no sentido de qualquer plano de reabilitação alimentar se iniciar com uma avaliação minuciosa que permita diferenciar a (s) fase (s) da deglutição onde a deficiência está ocorrendo e elucidar tanto sobre os sintomas como a sua causa a fim de facilitar uma intervenção adequada e orientada. Devem avaliar-se disfunções oromotoras (como a aversão e hipersensibilidade oral, retração e elevação da língua) e padrões imaturos da alimentação (sucção prolongada com pausas curtas, sucção disfuncional) que requerem intervenção (Mizuno, 2018).

No serviço de internamento de cardiologia pediátrica, deparei-me com RNPT com compromisso no processo de deglutição, devido à idade gestacional e à existência de cardiopatia congénita. A irritabilidade, letargia, sintomas respiratórios (taquipneia, dispneia, gemido) hipersudorese são sintomas inespecíficos, frequentemente encontrados em RN ou lactentes com insuficiência cardíaca congestiva e que merecem atenção particular (Meireles, Lemos & Alvares, 2017). Porque, por exemplo a alimentação ao seio materno representa um aumento do esforço respiratório para o lactente, comparável à intolerância ao exercício nas crianças e nos adultos. A taquipneia vem descrita que, geralmente acompanha as cardiopatias cianóticas e as que cursam com ICC, enquanto a dispneia e o gemido frequentemente em lesões obstrutivas do ventrículo esquerdo ou em doenças respiratórias (Meireles, Lemos & Alvares, 2017).

5.4 Enfermagem de Reabilitação em Crianças/Jovens com Disfunção Cardiopulmonar

São vários os exercícios e as técnicas de reabilitação respiratória que podem ser aplicados na idade pediátrica a crianças/jovens com disfunção cardiopulmonar. As técnicas de RFR, segundo Cordeiro & Leite (2012), podem ser divididas em 5 grupos: técnicas inspiratórias lentas, técnicas de expiração lenta, técnicas expiratórias forçadas, técnicas de limpeza das vias aéreas extra-torácicas.

Segundo Cordeiro & Leite (2012), os objetivos dos exercícios respiratórios são a realização eficaz da respiração diafragmática e intercostal; o relaxamento de todos os músculos, principalmente os da parte superior do tórax, cintura escapular e região cervical e a manutenção de uma postura correta. O número e o tipo de exercícios/técnicas dependem da idade das crianças, da sua motivação, da força e do tipo e gravidade da patologia respiratória. A seleção dos exercícios deve ter em conta as necessidades das crianças/jovens.

Serão apresentadas, inúmeras técnicas complementares de higiene brônquica.

Técnicas inspiratórias lentas:

São as técnicas que têm como principal objetivo proporcionar a higiene brônquica das Vias Aéreas médias e proximais, facilitar a expulsão de secreções e a desinsuflação pulmonar (Cordeiro & Leite, 2012, p.335).

De acordo com Cordeiro & Leite (2012), a espirometria de incentivo consiste num estímulo à realização de inspirações profundas com o objetivo de recrutar alvéolos colapsados, prevenir e/ou tratar síndromes restritivas (exemplos: pneumonias, atelectasias, pós-operatório abdominal ou torácico). Este estímulo pode ocorrer por incentivo e orientação dos enfermeiros ou pela utilização de um inspirómetro. É essencial que as crianças compreendam o exercício proposto, porque é fundamental a sua colaboração e deve ser utilizada numa idade superior a 3 e/ou 4 anos. Deve-se colocar as crianças sentada ou semi-sentada, realizar uma inspiração lenta e profunda pela boca; após a inspiração máxima fazer pausa inspiratória de 3 a 4 segundos e depois fazer uma expiração pela boca. Tem como contra-indicações, a necessidade de compreensão e colaboração das crianças, a dor, broncospasmo e fadiga.

Os **exercícios de fluxo inspiratório controlado** consistem em inspirações lentas e profundas, realizadas em decúbito lateral, com o lado lesado supralateral (Cordeiro & Leite, 2012). Este decúbito vai permitir uma hiperinsuflação do pulmão supralateral e consequente depuração dos espaços aéreos periféricos. Geralmente, é realizado com recurso à inspirometria de incentivo. Esta técnica é utilizada nas atelectasias e pneumonias e tem como contraindicações a dor resultante de uma afeção pleural, hiperatividade brônquica e no pós-operatório de pneumectomia. Deve ser aplicada a crianças com idade superior a 3/4 anos.

Técnicas de expiração lenta:

Estas técnicas baseiam-se na desinsuflação pulmonar para permeabilizar as vias aéreas médias, mobilizando secreções das vias médias para as proximais, para serem posteriormente expelidas (Cordeiro & Leite, 2012).

A **expiração lenta prolongada** é uma técnica passiva em que se pretende obter um volume expiratório superior à expiração normal (Cordeiro & Leite, 2012). Está indicada nas obstruções brônquicas. Deve ser utilizada com prudência em situações de atresia do esófago operada, malformações cardíacas, afeções neurológicas centrais ou síndrome abdominal não identificado. Aplica-se geralmente até aos 2 anos, podendo ir até aos 8/10 anos.

A **expiração lenta total com a glote aberta em infralateral** consiste numa expiração lenta que se inicia na capacidade respiratória funcional e continua até ao volume residual (Cordeiro & Leite, 2012). Está indicada nas obstruções brônquicas, principalmente em doentes crónicos com discinesia traqueobrônquica. Não deve ser aplicada nas obstruções cavitárias, abscesso, bronquiectasia importante. Dever se utilizada em idade superior a 10/12 anos.

Técnicas Expiratórias Forçadas:

Atendendo a Cordeiro & Leite (2012), a **Técnica de Expiração Forçada** em crianças menores é utilizada para mobilizar secreções proximais e para a realização da higiene brônquica. Durante a expiração, faz-se pressão na parede costal antero-lateral com uma mão, a outra mão faz apoio estático contra lateral. Não deve ser aplicada em situações de fadiga, atelectasias e hipoxémia.

A **Tosse Dirigida** surge como resultado de um esforço de tosse voluntária que vai exigir a participação das crianças em resposta ao incentivo dos EEER (Cordeiro & Leite, 2012). Dirige-se assim a crianças maiores. Tem como objetivo, aumentar a eficácia da tosse através do

aumento da velocidade das partículas do ar. Utiliza-se na presença de secreções nas vias aéreas proximais. Está contraindicada nas discinesias traqueobrônquicas, fadiga, fragilidade osteoarticular, refluxo gastroesofágico, reflexo de vômito e hemoptises.

A **Tosse Provocada** é utilizada geralmente em crianças pequenas que não são capazes de realizar a tosse ativa e eficaz, pelo que se induz a tosse através da estimulação dos receptores mecânicos situados na parede da traqueia extratorácica (Cordeiro & Leite, 2012).

Técnicas de Limpeza das Vias Aéreas Extra-torácicas:

Segundo Cordeiro & Leite (2012), estas técnicas visam a manutenção da permeabilidade das vias aéreas extra-torácicas, de modo a que estas possam preservar as suas funções.

A **desobstrução rinofaríngea retrógrada** tem como objetivo a desobstrução da rinofaringe (Souto, 2016). No final da expiração, fechar a boca e realizar uma ligeira extensão cervical, forçando a inspiração pelo nariz. Poderá ser simultaneamente instilada uma substância terapêutica. É utilizada em crianças até aos 24 meses. Está contraindicada quando não há tosse reflexa e eficaz e na presença de estridor laríngeo (Souto, 2016).

A **instilação nasal** consiste na limpeza das fossas nasais com soro fisiológico. Tem uma ação descongestionante e é aplicada em situações de obstrução rinofaríngea (Cordeiro & Leite, 2012).

A **aspiração de secreções nas vias aéreas superiores** consiste na aspiração da naso e orofaringe. É utilizada em lactentes ou em crianças que não tenham uma tosse eficaz e que não conseguem eliminar as secreções por deglutição e/ou expectoração. É uma técnica invasiva que deve ser utilizada com ponderação. Pode ser acompanhada de instilação nasal de soro fisiológico para fluidificar as secreções (Souto, 2016). Os EEER devem adequar o calibre da sonda ao diâmetro da narina e não ultrapassar os 15 segundos de tempo de aspiração (Latado, 2016).

A **Nebulização**, pode ser utilizada para diminuir a obstrução da via aérea, aumentar o calibre da via aérea ou humidificar as secreções brônquicas facilitando a sua eliminação. As crianças devem estar sentada ou semi-sentada (Cordeiro & Leite, 2012).

Técnicas complementares de higiene brônquica:

A Drenagem Postural está indicada quando o líquido e/ou as secreções excessivas dos brônquios não são removidos através da atividade ciliar normal e/ou tosse (Wilson, 2014). É

uma técnica de mobilização de secreções para os brônquios principais que consiste numa sequência de posições baseadas nas divisões segmentares da árvore brônquica e na ação da gravidade (Souto,2016). Assim, utiliza a ação da gravidade, de forma a haver a progressão das secreções das vias periféricas para as centrais, para posteriormente serem eliminadas através da tosse. Não deve ser aplicada em situações de hemoptises, fistulas broncopleurais, edema pleural, descompensação cardíaca, instabilidade hemodinâmica, pressão intracraniana aumentada, hipoxemia grave, hipertensão, entre outras (Souto, 2016).

A drenagem postural pode ser coadjuvada por outras técnicas como as vibrações (movimentos oscilatórios rítmicos e rápidos de pequena amplitude aplicados sobre o tórax) que podem ser manuais ou instrumentais aplicados na fase expiratória. São aplicadas para complementar a higiene brônquica, com o objetivo de mobilizar as secreções de tornar o muco mais fluído. Esta técnica provoca um relaxamento dos músculos da parede torácica, que melhora a perfusão alveolar (Souto, 2016).

Está contraindicada quando causa grande desconforto às crianças, no pneumotórax não drenado, hemorragia pulmonar, enfisema subcutâneo, alteração da coagulação e broncospasmo (Cordeiro & Leite, 2012, p.347).

Outras técnicas como as percussões e as compressões, também podem ser usadas mas o fundamental é adaptar a técnica ao tamanho do tórax (Souto, 2016).

No RN estão contraindicadas pois a sua eficácia não está comprovada e há risco de hipoxémia, fratura de costelas e lesões cerebrais (Cordeiro & Leite, 2012). As compressões devem ser realizadas com as mãos dispostas nos sentidos dos arcos costais e a força compressiva deve ser distribuída igualmente entre a palma e os dedos, na fase expiratória. Esta técnica está contraindicada na osteopenia da prematuridade, na trombocitopenia e na fratura das costelas (Walsh, Czervinske & DiBlasi, 2010).

As técnicas de correção postural permitem uma melhor ventilação e ajudam na prevenção e correção de defeitos posturais. Para a aplicação desta técnica pode utilizar-se um espelho quadriculado. Só podem ser aplicada a crianças maiores pois é exigida uma confrontação e consciencialização da postura do corpo (Cordeiro & Leite, 2012). Os exercícios respiratórios e posturais são técnicas muito uteis para as crianças com patologia de cifoescoliose, fibrose quística, asma e bronquiectasias (Wilson, 2014, p.1277).

O **Choro** potência as técnicas de limpeza das vias aéreas. É constituído por acessos intermitentes de agitação vogal e motora, sendo comparado ao mecanismo de expiração com os lábios semicerrados. Proporciona a adução das cordas vocais e o consequente aumento da resistência expiratória, favorecendo o recrutamento alveolar. O EEER deve potenciar a contribuição positiva do choro, acompanhando com movimentos vibratórios na fase expiratória (Lattado, 2016).

Dispositivos de ajuda

Segundo Cordeiro & Leite (2012), o **flutter** exerce uma pressão expiratória positiva oscilatória que vai possibilitar a diminuição da viscoelasticidade do muco e a eliminação de secreções. Está aconselhado em doentes hipersecretores (ex: DPOC, FQ, asma). Está contraindicado em situação de pneumotórax, hemoptise, enfisema pulmonar ou patologia cardíaca.

O **acapella** tem como objetivo facilitar a remoção de secreções em doentes hipersecretores (ex: DPOC, FQ, asma). Está recomendado 10 a 20 inspirações e expirações, seguido de 3 a 4 huffs com tosse. Não tem contraindicações específicas, no entanto aconselha-se precaução nas situações de: instabilidade hemodinâmica, pressão intracraniana aumentada, traumatismo ou cirurgia da face ou esófago, rutura do tímpano, sinusite aguda (Cordeiro & Leite, 2012).

A **pressão expiratória positiva (PEP)** é uma técnica que consiste numa máscara facial acoplada a uma válvula unidirecional com uma resistência aumentada na fase expiratória (Cordeiro & Leite, 2012). Tem como objetivo a remoção de secreções. As crianças inspiram e expiram dentro da máscara, aproximadamente 15 vezes num período de 2 minutos, seguido de um período de descanso com respirações fora da máscara. O procedimento é repetido durante cerca de 20 minutos e geralmente é realizado 2 vezes por dia.

Os programas de RFR devem iniciar-se com a **consciencialização e controlo da respiração**, que consiste na tomada de consciência do que é a respiração, dissociando-a nos seus dois tempos: inspirando pelo nariz e expirando pela boca (Cordeiro & Leite, 2012).

Esta tomada de consciência é fundamental conseguir ter o controlo da respiração, o que irá permitir coordenar o movimento respiratório e relaxar a parte superior do tórax. Com este objetivo são utilizadas técnicas como **expiração com os lábios semicerrados** e a **respiração diafragmática** (Cordeiro & Leite, 2012).

As **posições de descanso e de relaxamento** têm como objetivo diminuir a tensão psíquica e muscular, facilitar o controle da respiração e a colaboração do doente, e reduzir a sobrecarga emocional. Há posições indicadas para as crises de dispneia (exemplo a posição de cocheiro) que permitem o relaxamento do tronco e facilitam a respiração diafragmática. Cada doente deve escolher a sua posição de maior conforto (Cordeiro & Leite, 2012).

O **ciclo ativo das técnicas respiratórias** (CATR) é composto por 3 fases: controle respiratório (respiração diafragmática), expansão torácica e técnica de expiração forçada. O CATR vai facilitar a mobilização das secreções em direção aos brônquios principais para serem facilmente expelidas. Esta técnica pode ser realizada na posição de sentada ou combinada com a drenagem postural (Cordeiro & Leite, 2012).

A **drenagem autogénica** permite a realização da higiene brônquica através de inspirações e expirações lentas e ativas, que são controladas pelo próprio. Esta técnica tem por base a alterações de volumes e do fluxo aéreo (Cordeiro & Leite, 2012) e **treino de exercícios aeróbios** vai permitir aumentar a tolerância ao esforço, diminuir a dispneia e melhorar a eficácia do trabalho muscular (Cordeiro & Leite, 2012).

5.5 Atividades de Ensino e Autocuidado

A formação é, na sua génese mais simples, um processo que visa a aquisição de novos conhecimentos, pressupondo a existência de uma relação entre formador, transmissor de conhecimentos e formando, o recetor de novos conhecimentos (Marc, Garcia-Locqueneux & Arrivé, 1995). Nas sociedades contemporâneas a complexidade dos fenómenos de saúde e de doença e a centralidade dos cuidados nas pessoas “obriga-as” a tomarem decisões relativamente à sua prevenção, sendo a educação para a saúde o meio através do qual adquirem conhecimentos que lhes permitem tomar decisões esclarecidas e a educação dos doentes é considerada uma prioridade.

Habel (2011, p.61) refere que uma “educação eficaz ajuda o doente a aprender a viver com uma condição crónica ou incapacitante no seu próprio ambiente da maneira mais independente possível”. O processo de educação para além de promover a independência, ajuda os doentes a adquirirem mais informação passível de desenvolver capacidades de autocuidado (Habel, 2011). De acordo com Broeiro (2017) as recomendações das autoridades de saúde divulgadas pelos media centram-se na utilização dos serviços, mas raras vezes se centram nas situações clínicas e nos autocuidados. O Despacho n.º 3618-A/2016 (p. 8660-5) também refere que apesar da “considerável evidência de que a educação, a literacia e o autocuidado são de grande importância não só para a promoção e proteção da saúde da população mas também para a efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde”, reconhece igualmente que ainda existe necessidade de recolher, organizar e partilhar boas práticas em educação, literacia e autocuidados partindo inicialmente de um conjunto de temáticas selecionadas e que possam ser expandidas progressivamente.

Nas condições de saúde crónicas, por alterarem de um modo significativo as responsabilidades e relações entre quem presta e quem recebe cuidados, a questão da educação dos doentes e da promoção da sua literacia assume ainda maior importância.

O incentivo na ênfase da educação dos doentes e da família tem vindo a desenvolver-se desde a década de 90 do século passado e continuou a refinar padrões dirigidos à educação do doente família com o objetivo de melhorar os resultados dos cuidados em saúde, através da promoção de comportamentos saudáveis ou da aquisição de comportamentos específicos relacionados com a situação de saúde e de doença de modo a envolver os doentes nas suas decisões (Habel, 2011).

De acordo com o Despacho n.º 3618-A/2016 um dos objetivos do mesmo é “contribuir para a melhoria da educação para a saúde, literacia e autocuidados da população, promovendo a cidadania em saúde” de modo a tornar as pessoas mais autónomas e responsáveis pela sua saúde, e pela saúde daqueles que deles dependem como são as crianças/jovens que integram o projeto e “promover um amplo acesso de todos os interessados a informação qualificada sobre boas práticas em educação para saúde, literacia e autocuidados” entendendo-se a literacia em saúde como “a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde, na vida de todos os dias” (p.8660. p.6).

De acordo com Habel (2011) as parcerias com os doentes requerem mais do que a concordância mútua sobre as decisões. Quem ensina, pode ajudar a aumentar a autoeficácia, através de intervenções que construam confiança nomeadamente ajudar a pessoa a reconhecer que a tarefa é atingível, dividir as tarefas em tarefas mais pequenas, dar oportunidade para repetir a tarefa e reconhecer o sucesso. Tratando-se de crianças/jovens e família de idades diferentes o nível de desenvolvimento dos indivíduos também deve ser considerado quando se traça um plano de educação. Para além destes aspetos Habel (2011) sublinha as características do educador eficaz, como sendo aquele que sabe o que é necessário ser ensinado, pensa em termos críticos, comunica com eficácia, respeita a pessoa a quem está ensinar e cria um ambiente compreensivo.

A avaliação das necessidades educacionais é a primeira etapa deste processo. Avaliar o que já é conhecido e neste caso o que as crianças/jovens ou famílias precisam de aprender foi fundamental.

No âmbito deste projeto de intervenção foi também necessário contar com a ansiedade e depressão das crianças/jovens e famílias. Não raras vezes uns e outros sentem-se esmagados pela situação de doença e podem experimentar, luto desespero e desencorajamento ao perceberem “as mudanças que a doença ou incapacidade impõem à sua vida” Habel (2011, p.66).

Pelo descrito os EEER tem um papel fundamental nas atividades de ensino, e aquisição de conhecimentos, e habilidades de modo a capacitar as crianças/jovens e famílias para lidar autocuidado visando o seu bem-estar. A participação da família é fundamental, como parceira e também alvo de cuidados. Onde existe cooperação e responsabilidade partilhada, o processo de capacitação das crianças/jovens e das próprias famílias, é facilitado permitindo adaptação aos novos desafios de saúde/doença (Menoita & Leite, 2014).

O planeamento da alta, deverá ser um conjunto de atividades no seio da equipa interdisciplinar, de modo identificar precocemente as necessidades e riscos, promovendo a independência e capacitação da pessoa e família/pessoa de referência, em tempo útil, de forma segura. Petronilho (2007) refere que, o planeamento da alta visa ajudar os membros da família a incorporarem o seu dia-a-dia comportamentos adequados, permitindo, deste modo, adaptação aos novos desafios. É assim, um processo de transição das crianças/jovens e famílias, na qual a transição é entendida com a passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para o outro, envolvendo mais do que a própria pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação (Meleis e Trangesnstein, 1994, referidos em Menoita & Leite, 2014).

6. PROJETO INTERVENÇÃO

O plano de intervenção, será centrado em ações de ensino e treino com o objetivo de promover a autonomia e a independência, agindo pelos princípios éticos do respeito, liberdade e dignidade humana, e pela liberdade das crianças/jovens e ou dos seus familiares responsáveis. Enquanto seres sociais, atores e agentes das suas ações, as ações de ensino e de treino visam reduzir a sua vulnerabilidade e risco de dependência, promover a sua funcionalidade e o autocuidado, através do desempenho das atividades em função do seu grau de satisfação e a sua capacidade de escolha (Orem, 2001).

A Avaliação das necessidades foi realizada na colheita de dados efetuada no momento da admissão das crianças, jovens e suas famílias. Foi efetuada através das colheitas de dados e do preenchimento da escala de autocuidado traduzida.

O ensino realizado teve em consideração as características da faixa etária das crianças e jovens, atendeu às necessidades das famílias. O ensino foi realizado através da exemplificação das diferentes técnicas. Em crianças mais pequenas, quando se realizava a técnica, procedia-se ao ensino e à explicação da mesma, evidenciando as suas indicações e benefícios.

Após os ensinamentos, verificava-se sempre se as crianças/jovens e famílias tinham percebido o ensinamento transmitido. Assim, nas crianças e jovens mais velhas e colaborantes pedia para exemplificarem o exercício que tinha ensinado. Nos ensinamentos aos pais, após transmitir a informação, era pedido para me fazerem um pequeno resumo das ideias transmitidas.

6.1 Metodologia

O estudo de caso, enquanto estratégia de pesquisa estruturada, pode ser aplicado em diferenciadas situações e pode contribuir para o conhecimento de fenómenos individuais ou de grupo (Stake, 2007). Investiga fenómenos atuais dentro de um contexto de vida real, utilizado especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto são pouco visíveis (Yin, 2010). É estratégia metodológica holística que estuda o fenómeno na sua totalidade e por isso adequada a pesquisa em enfermagem.

Através da apresentação de diferentes casos de crianças/jovens e famílias a quem prestei cuidados, este método, permitiu a oportunidade de explorar, descrever e explicar o fenómeno dos autocuidados e contribuir para uma compreensão profunda dos mesmos.

Tendo em conta o tema ou problemática do projeto e de modo a identificar no momento da admissão dos conhecimentos e capacidades que as crianças/jovens e famílias relativamente às atividades de cuidado usou-se o instrumento de recolha da informação a escala de autocuidado care traduzida (Escala de avaliação do autocuidado terapêutica adaptada da Versão portuguesa do Therapeutic Self-care 12, desenvolvida por Diane Doran e validada para a população portuguesa por Cardoso, Queirós, Ribeiro e Amaral (2014)) (Anexo 2).

Esta escala foi adaptada aos objetivos do estudo, porque de acordo com Cardoso, Queirós, Ribeiro e Amaral (2014) que a validaram em Portugal, a população foi diferente, tendo sido validada em pessoas portadoras de doença crónica, e nunca validada na população pediátrica nem com os familiares cuidadores.

A entrevista foi dirigida a dois grupos de acordo com os seguintes critérios

- Crianças/jovens, entre 0 a 15 anos de idade, a entrevista foi dirigida à família (cuidador principal);
- Jovens com idade >15 anos de idade, a entrevista foi dirigida ao próprio, sendo que, o artigo 38º n.º 3 do código penal, determina que um menor pudesse consentir na realização de um ato médico apenas a partir dos 16 anos de idade, e desde que tenha discernimento suficiente para o fazer. Até lá, compete aos pais, no âmbito do exercício das responsabilidades parentais, prestar esse consentimento.

Quadro 1 - Critérios de Exclusão

| Critérios de Exclusão |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Foram excluídas as crianças/jovens e famílias que não quiseram participar no estudo;▪ Crianças/jovens e famílias sem necessidades de cuidados de reabilitação;▪ Jovens com idade igual ou superior a 16 anos de idade que não tenha desenvolvimento adequado à idade. |

6.2 Procedimentos Ético-Legais

Para realização do trabalho de mestrado, considerando que incluiu informações sobre aspectos da saúde das crianças, jovens e famílias foi necessário pedir autorização para a publicação dos resultados com o intuito de salvaguardar os direitos de todos os intervenientes.

Foi contactado o Gabinete da Comissão de Ética do CHLC, no sentido de conhecer os requisitos necessários para submissão do protocolo do estudo à CES. Posteriormente, foi reunida toda a documentação necessária, a qual foi submetida a verificação (Anexo 3).

Após parecer favorável da CES, o estudo foi posteriormente aprovado pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar (Anexo 1).

Atendendo que, para a aplicabilidade do instrumento de avaliação do estudo, foi adaptada para o português europeu por investigadores nacionais. Foi realizado pedido de autorização a esses investigadores, que conceberam autorização (Apêndice 4).

Nos cuidados de enfermagem o ato de informar está associado de forma direta ao consentimento livre e esclarecido, pois o enfermeiro tem o dever ético, como é referido no dar a informação sobre as intervenções de enfermagem para que o consentimento livre e esclarecido seja obtido (OE, 2007). Emerge, os aspetos relacionados com a importância do consentimento informado, sendo importante referir que o cumprimento do mesmo vai de encontro com o princípio da dignidade humana, respeitando desta forma a promoção e proteção da autonomia da pessoa/cliente (OE, 2007).

Assim, para atribuir legitimidade ao projeto de investigação, foi elaborado e obtido um consentimento informado, tendo em conta o preconizado na norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (Apêndice 5).

Com o objetivo de salvaguardar a identidade dos participantes, todos os clientes que integraram o projeto, foram incluídos na tabela de registo de clientes avaliados (Apêndice 6), designados por uma letra, salvaguardando a confidencialidade, o anonimato dos dados e o anonimato dos participantes (Nunes, 2013).

6.3. Resultados da Implementação do Projeto

6.3.1 Descrição de Casos

Na apresentação e descrição sumária de diferentes casos, são descritas as situações de cuidados de ER, respondendo aos objetivos específicos delineados. Apresento simultaneamente a escala de avaliação do autocuidado preenchida no momento da admissão (círculo azul) e no momento da alta (círculo verde).

▪ **CASO A**

Tratou-se de um lactente com 4 meses de idade com diagnóstico de saúde de cardiopatia congénita, (CIV; CIA Ostium Secundum), com antecedentes pessoais de saúde de prematuridade, internado para ser submetido a cirurgia de encerramento da CIV e por infeção do trato respiratório.

A pessoa de referência desta criança, foi a mãe e o pai. Alternavam o acompanhamento à lactente. A mãe, encontrava-se na faixa etária dos 25-30 anos de idade, raça caucasiana, licenciada e enfermeira. O pai, com idade entre os 25-30, raça caucasiana e trabalhador fabril, ensino secundário.

Após colheita de dados à mãe e pai da lactente, foi entregue a Escala de Autocuidado Terapêutico (Quadro 3 e 4), para preenchimento, após explicação dos objetivos do estudo.

Posteriormente procedeu-se à realização de PC (Apêndice 7), foram definidos como diagnósticos de enfermagem da criança o que foram: défice de trocas gasosas; défice de inspiração de ar suficiente por presença de secreções brônquicas; défice de autonomia alimentar, devido aos SDR; défice de conforto relacionado com a eliminação por presença de cólicas intestinais; risco de infeção respiratória; défice de conhecimentos relacionado com o autocuidado.

Do plano de intervenção multidisciplinar resultou a melhoria dos sintomas com resultados ao nível dos parâmetros vitais (TA, FC, FR, SpO2), da eficácia da tosse, na diminuição da quantidade das secreções brônquicas, na diminuição dos SDR e melhoria na auscultação pulmonar, conforme apresentado na folha de registo de EE em Apêndice 8.

No que se refere às necessidades de autocuidado o plano de ensino e treino permitiu concluir que no momento da alta, os pais demonstraram maior conhecimento relativamente ao autocuidado conforme apresentado nos quadros 2 e 3.

Quadro 2 - Escala de Avaliação do Autocuidado Aplicada à Mãe - Caso A























| | Atividades dos Cuidados | 0-----5 Não sei ou não consigo Sei ou consigo | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Sabe quais os medicamentos que tem de tomar/administrar? | 0 |  | 2 | 3 | 4 |  |
| 2 | Sabe para que servem os medicamentos prescritos (conhece os efeitos secundários no seu estado de saúde e/ou do seu filho/a)? | 0 |  | 2 | 3 | 4 |  |
| 3 | É capaz de tomar a medicação da maneira que lhe foi ensinada? | 0 | 1 |  | 3 | 4 |  |
| 4 | Consegue identificar alterações no seu corpo (sintomas)/no seu filho/a relacionados com a doença? | 0 | 1 |  | 3 | 4 |  |
| 5 | Conhece a razão pela qual existem algumas alterações no seu corpo e/ou do seu filho/a (sintomas) relacionados com a doença ou estado de saúde (cirurgia, tratamentos)? | 0 | 1 |  | 3 | 4 |  |
| 6 | Sabe e compreende o que deve fazer (implementar ações) para controlar essas alterações (sintomas) do seu corpo e/ou corpo do filho/a? | 0 | 1 |  | 3 | 4 |  |
| 7 | É capaz de realizar os tratamentos ou as atividades que lhe foram indicadas para gerir estas alterações no seu corpo e/ou corpo do seu filho/a? | 0 | 1 |  | 3 | 4 |  |
| 8 | É capaz de fazer coisas ou atividades para cuidar de si próprio/do seu filho/a e preservar a sua saúde de uma forma geral? | 0 | 1 |  | 3 | 4 |  |
| 9 | Sabe quem deve contactar para solicitar ajuda na realização das suas atividades de vida diárias e/ou do seu filho/a? | 0 | 1 |  | 3 | 4 |  |
| 10 | Sabe quem deve contactar caso exista uma agudização do seu estado de saúde e/ou do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| 11 | É capaz de realizar atividades normais (tomar banho, comer sozinho, brincar)? |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | É capaz de ajustar as suas atividades normais quando sofre alterações no seu corpo (sintomas) relacionadas com a doença ou o estado de saúde? | 0 | 1 |  | 3 | 4 |  |
| Total Score na Admissão/Avaliação Inicial (círculo a azul) | | Score de 23 | | | | | |
| Total Score na Avaliação na Alta (círculo a verde) | | Score de 55 | | | | | |

Figura 1- [Bolas Azuis: Admissão] [Bolas Verdes: Alta]

Quadro 3 - Escala de Avaliação do Autocuidado aplicada ao Pai - Caso A

| | Atividades dos Cuidados | 0-----5 | | | | | |
|--|--|------------------------|---|---|---|----------------|---|
| | | Não sei ou não consigo | | | | Sei ou consigo | |
| 1 | Sabe quais os medicamentos que tem de tomar/administrar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Sabe para que servem os medicamentos prescritos (conhece os efeitos secundários no seu estado de saúde e/ou do seu filho/a)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | É capaz de tomar a medicação da maneira que lhe foi ensinada? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Consegue identificar alterações no seu corpo (sintomas)/no seu filho/a relacionados com a doença? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Conhece a razão pela qual existem algumas alterações no seu corpo e/ou do seu filho/a (sintomas) relacionados com a doença ou estado de saúde (cirurgia, tratamentos)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Sabe e compreende o que deve fazer (implementar ações) para controlar essas alterações (sintomas) do seu corpo e/ou corpo do filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | É capaz de realizar os tratamentos ou as atividades que lhe foram indicadas para gerir estas alterações no seu corpo e/ou corpo do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | É capaz de fazer coisas ou atividades para cuidar de si próprio/do seu filho/a e preservar a sua saúde de uma forma geral? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Sabe quem deve contactar para solicitar ajuda na realização das suas atividades de vida diárias e/ou do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Sabe quem deve contactar caso exista uma agudização do seu estado de saúde e/ou do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | É capaz de realizar atividades normais (tomar banho, comer sozinho, brincar)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | É capaz de ajustar as suas atividades normais quando sofre alterações no seu corpo (sintomas) relacionadas com a doença ou o estado de saúde? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Total Score na Admissão/Avaliação Inicial (círculo a azul) | | Score de 6 | | | | | |
| | | Score de 34 | | | | | |
| Total Score na Avaliação na Alta (círculo a verde) | | | | | | | |

Figura 2 - [Bolas Azuis: Admissão] [Bolas Verdes: Alta]

1) identificação das atividades de autocuidado que necessitam de mais ensino e treino:

As atividades de autocuidado que necessitaram de mais ensino e treino foram as seguintes: Atividade do número 1, 2 e 11.

2) identificação das atividades de autocuidado que necessitam de mais ensino e treino:

Relativamente aos cuidados de ER, as que necessitaram de mais ensino e treino foram: ensinamentos sobre a realização e importância da limpeza nasal; aspiração de secreções com recurso

à utilização de instilação nasal; drenagem postural modificada; manobras acessórias (vibração, compressão e precursão).

3) intervenções de EEER realizadas:

Quadro 4 - Atividades de Autocuidado/intervenções

| ATIVIDADE | INTERVENÇÕES |
|--------------------------|---|
| 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,9 | <ul style="list-style-type: none"> -Ensino sobre a medicação administrada à lactente -Ensino sobre os efeitos secundários -Ensino e treino sobre a forma de administração (recurso a seringas de diferentes medidas) -Ensino sobre sinais de declínio da doença (cianose periférica, sinais de esforço respiratório, prostração, febre) |
| 11 | -Incentivo à mãe para prestar os cuidados de higiene, sob a supervisão da ER |
| 12 | -Ensino à mãe sobre os sinais de declínio da D.C.C sinais de alarme. |

4) descrição das intervenções de ER que mais concorrem para o desenvolvimento das capacidades de autocuidado na criança/jovem e família com necessidades de cuidados de reabilitação:

Quadro 5 - Necessidades de Cuidados de reabilitação/intervenções – Caso A

| NECESSIDADES DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO | INTERVENÇÕES |
|---|--|
| a) défice de trocas gasosas | <ul style="list-style-type: none"> -Executar RFR com o exercício de expiração lenta prolongada, drenagem postural com associação de manobras acessórias (as percussões e vibrações); -Proceder à aspiração de secreções nasotraqueais após a instilação de soro nasal; -Ensinar os pais com o intuito de promover o autocuidado, relativamente à instilação de soro fisiológico no nariz. |
| b) défice de inspiração de ar suficiente por presença de secreções brônquicas | |
| c) défice de autonomia alimentar; | <ul style="list-style-type: none"> -Avaliar reflexo de sucção-deglutição no lactente; -Identificar estratégias para iniciar alimentação por Via Oral no lactente. |

| | |
|---|---|
| d) déficit de conforto relacionado com a eliminação por presença de cólicas intestinais | -Explicar técnica de massagem abdominal, no sentido dos ponteiros do relógio para alívio de cólicas; |
| d) risco de infecção respiratória | -Reforçar a importância de realizar a higienização sempre antes e depois de tocar na lactente, para evitar as infecções cruzadas. |
| e) déficit de conhecimentos relacionado com a patologia cardíaca | -Explicação dos principais sinais e sintomas a vigiar (cianose periférica, sinais de esforço respiratório, prostração, febre) -Explicação e reforço sobre a importância dos exercícios de reabilitação respiratório para a melhoria do estado de saúde da lactente |

▪ **CASO B**

Tratou-se de uma jovem adulta de 18 anos de idade internada com o diagnóstico bradicardia, coração univentricular; hipoplasia da valvulopatia; CIV médio, internada para realização de cateterismo cardíaco e colocação de pacemaker na cavidade abdominal.

A pessoa de referência desta criança, foi a avó. A avó, apresentava-se na faixa etária entre os 60-70 anos de idade, raça caucasiana com ensino primário.

A colheita de dados, foi realizada à avó e à jovem, visto que, apresentava 18 anos de idade. A jovem, raça caucasiana, estudante e a frequentar o ensino secundário. Após análise da colheita de dados, foram definidas as necessidades de autocuidado que foram: déficit de conhecimentos relativos à patologia; déficit de conhecimentos relativos a estratégias para alívio da dor, no local da esternotomia.

Foi cedida a Escala de Autocuidado Terapêutica (Quadro 6 e 7), para preenchimento à pessoa de referência e à jovem, após explicação dos objetivos do estudo.

Do plano de intervenção multidisciplinar resultou a melhoria dos sintomas com resultados ao nível dos parâmetros vitais (TA, FC, FR, SpO2) e eficácia da tosse, conforme em Apêndice 9.

No que se refere às necessidades de autocuidado o plano de ensino e treino permitiu concluir que no momento da alta, a jovem e a avó, demonstraram maior conhecimento relativamente ao autocuidado conforme quadro 6 e 7.

Quadro 6 - Escala de Avaliação do Autocuidado aplicada à jovem - Caso B

| | Atividades dos Cuidados | 0-----5 | | | | | |
|---|--|------------------------|---|---|----------------|---|---|
| | | Não sei ou não consigo | | | Sei ou consigo | | |
| 1 | Sabe quais os medicamentos que tem de tomar/administrar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Sabe para que servem os medicamentos prescritos (conhece os efeitos secundários no seu estado de saúde e/ou do seu filho/a)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | É capaz de tomar a medicação da maneira que lhe foi ensinada? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Consegue identificar alterações no seu corpo (sintomas)/no seu filho/a relacionados com a doença? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Conhece a razão pela qual existem algumas alterações no seu corpo e/ou do seu filho/a (sintomas) relacionados com a doença ou estado de saúde (cirurgia, tratamentos)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Sabe e compreende o que deve fazer (implementar ações) para controlar essas alterações (sintomas) do seu corpo e/ou corpo do filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | É capaz de realizar os tratamentos ou as atividades que lhe foram indicadas para gerir estas alterações no seu corpo e/ou corpo do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | É capaz de fazer coisas ou atividades para cuidar de si próprio/do seu filho/a e preservar a sua saúde de uma forma geral? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Sabe quem deve contactar para solicitar ajuda na realização das suas atividades de vida diárias e/ou do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Sabe quem deve contactar caso exista uma agudização do seu estado de saúde e/ou do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | É capaz de realizar atividades normais (tomar banho, comer sozinho, brincar)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | É capaz de ajustar as suas atividades normais quando sofre alterações no seu corpo (sintomas) relacionadas com a doença ou o estado de saúde? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Total Score na Admissão/Avaliação Inicial (círculo a azul) | | Score de 9 | | | | | |
| Total Score na Avaliação na Alta (círculo a verde) | | Score de 60 | | | | | |

Figura 3 - [Bolas Azuis: Admissão] [Bolas Verdes: Alta]

Quadro 7 - Escala de Avaliação do Autocuidado Aplicada à Avó – Caso B

| | Atividades dos Cuidados | 0-----5 | | | | | |
|---|--|-------------------------------|---|---|-----------------------|---|---|
| | | Não sei ou não consigo | | | Sei ou consigo | | |
| 1 | Sabe quais os medicamentos que tem de tomar/administrar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Sabe para que servem os medicamentos prescritos (conhece os efeitos secundários no seu estado de saúde e/ou do seu filho/a)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | É capaz de tomar a medicação da maneira que lhe foi ensinada? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Consegue identificar alterações no seu corpo (sintomas)/no seu filho/a relacionados com a doença? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Conhece a razão pela qual existem algumas alterações no seu corpo e/ou do seu filho/a (sintomas) relacionados com a doença ou estado de saúde (cirurgia, tratamentos)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Sabe e compreende o que deve fazer (implementar ações) para controlar essas alterações (sintomas) do seu corpo e/ou corpo do filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | É capaz de realizar os tratamentos ou as atividades que lhe foram indicadas para gerir estas alterações no seu corpo e/ou corpo do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | É capaz de fazer coisas ou atividades para cuidar de si próprio/do seu filho/a e preservar a sua saúde de uma forma geral? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Sabe quem deve contactar para solicitar ajuda na realização das suas atividades de vida diárias e/ou do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Sabe quem deve contactar caso exista uma agudização do seu estado de saúde e/ou do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | É capaz de realizar atividades normais (tomar banho, comer sozinho, brincar)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | É capaz de ajustar as suas atividades normais quando sofre alterações no seu corpo (sintomas) relacionadas com a doença ou o estado de saúde? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Total Score na Admissão/Avaliação Inicial (círculo a azul) | | Score de 0 | | | | | |
| Total Score na Avaliação na Alta (círculo a verde) | | Score de 48 | | | | | |

Figura 4 - [Bolas Azuis: Admissão] [Bolas Verdes: Alta]

1) identificação das atividades de autocuidado que necessitam de mais ensino e treino:

Todas as atividades de cuidados, necessitam de mais ensino e treino, dado que, não existiu nenhuma pergunta à qual o jovem e a avó respondessem que sabiam, com segurança.

2) identificação das atividades de autocuidado que necessitam de mais ensino e treino:

Relativamente aos cuidados de ER, as que necessitaram de mais ensino e treino foram: ensino sobre a técnica de descanso e relaxamento; ensino de técnicas para controlo e dissociação dos tempos respiratório (expiração com os lábios semicerrados, respiração diafragmática) e ensino sobre a técnica de tossir (tosse dirigida e assistida com contenção da sutura).

3) intervenções de EEER realizadas:

Quadro 8 - Atividades de Autocuidado/Intervenções - Caso B

| ATIVIDADE | INTERVENÇÕES |
|-----------------------------|--|
| 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,9,10 | -Ensino à jovem e à avó sobre as indicações da medicação instituída; -Ensino sobre os efeitos secundários da medicação; -Ensino sobre sinais de declínio da doença (cianose periférica, sinais de esforço respiratório, cansaço fácil, prostração); -Ensino e treino sobre estratégias para alívio da dor (imaginação guiada); -Ensino sobre técnicas de RFR: técnica de descanso e relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratórios; ensino sobre a técnica de tossir (tosse dirigida e assistida com contenção da sutura de esternotomia). |
| 11 | -Incentivo à jovem para manter as suas atividades de vida normais; |
| 12 | -Ensino de estratégias para despender menor quantidade de energia durante as AVD (descanso entre atividades, realizar respiração com os lábios semicerrados em posição de descanso e relaxamento). |

4) descrição das intervenções de ER que mais concorrem para o desenvolvimento das capacidades de autocuidado na criança/jovem e família com necessidades de cuidados de reabilitação:

Quadro 9 - Necessidades de Cuidados de Reabilitação/Intervenções - Caso B

| NECESSIDADES DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO | INTERVENÇÕES |
|--|---|
| a) défice de conhecimentos relativos à patologia | -Explicação sobre a patologia e sobre a cirurgia a que ia ser submetida (caterismo cardíaco); |

| | |
|---|---|
| b) déficit de conhecimentos relativos a estratégias para alívio da dor, no local da esternotomia. | -Ensino sobre os principais sinais e sintomas a vigiar (cianose periférica, sinais de esforço respiratório, prostração, astenia, febre); -Explicação e reforço sobre a importância dos exercícios de RFR para prevenção de complicações respiratórias no pós-operatório (pneumonias, atelectasias); -Ensino sobre técnicas de RFR: técnica de descanso e relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratórios; ensino sobre a técnica de tossir (tosse dirigida e assistida com contenção da sutura de esternotomia). |
|---|---|

▪ CASO C

Jovem de 18 anos de idade, internado por quadro de bradicardia, apresenta como antecedentes pessoais de saúde: cifoescoliose grave e asma, internado para realização de cateterismo cardíaco.

A pessoa de referência deste jovem, foi a mãe. Apresentava-se na faixa etária entre os 35-40 anos de idade, raça caucasiana com ensino secundário completo.

A colheita de dados, foi realizada à mãe e ao jovem, visto que, apresentava 18 anos de idade. O Jovem, raça caucasiana, estava no primeiro ano da faculdade, curso de letras. Após análise da colheita de dados, foram definidas as necessidades de autocuidado que foram: déficit de trocas gasosas; presença de dor e déficit de conhecimentos relacionado com a patologia.

Foi cedida a Escala de Autocuidado Terapêutica (Quadro 10 e 11), para preenchimento à pessoa de referência e ao jovem, após explicação dos objetivos do estudo.

Do plano de intervenção multidisciplinar resultou a melhoria dos sintomas com resultados ao nível dos parâmetros vitais (TA, FC, FR, SpO2) e eficácia da tosse, conforme em Apêndice 10.

No que se refere às necessidades de autocuidado o plano de ensino e treino permitiu concluir que no momento da alta, o jovem e a mãe demonstraram maior conhecimento relativamente ao autocuidado conforme quadro 10 e 11.

Quadro 10 - Escala de Avaliação do Autocuidado Aplicada ao Jovem – Caso C

| | Atividades dos Cuidados | 0-----5 | | | | | |
|---|--|-------------------------------|---|---|-----------------------|---|---|
| | | Não sei ou não consigo | | | Sei ou consigo | | |
| 1 | Sabe quais os medicamentos que tem de tomar/administrar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Sabe para que servem os medicamentos prescritos (conhece os efeitos secundários no seu estado de saúde e/ou do seu filho/a)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | É capaz de tomar a medicação da maneira que lhe foi ensinada? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Consegue identificar alterações no seu corpo (sintomas)/no seu filho/a relacionados com a doença? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Conhece a razão pela qual existem algumas alterações no seu corpo e/ou do seu filho/a (sintomas) relacionados com a doença ou estado de saúde (cirurgia, tratamentos)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Sabe e compreende o que deve fazer (implementar ações) para controlar essas alterações (sintomas) do seu corpo e/ou corpo do filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | É capaz de realizar os tratamentos ou as atividades que lhe foram indicadas para gerir estas alterações no seu corpo e/ou corpo do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | É capaz de fazer coisas ou atividades para cuidar de si próprio/do seu filho/a e preservar a sua saúde de uma forma geral? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Sabe quem deve contactar para solicitar ajuda na realização das suas atividades de vida diárias e/ou do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Sabe quem deve contactar caso exista uma agudização do seu estado de saúde e/ou do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | É capaz de realizar atividades normais (tomar banho, comer sozinho, brincar)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | É capaz de ajustar as suas atividades normais quando sofre alterações no seu corpo (sintomas) relacionadas com a doença ou o estado de saúde? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Total Score na Admissão/Avaliação Inicial (círculo a azul) | | Score de 19 | | | | | |
| | | Score de 60 | | | | | |
| Total Score na Avaliação na Alta (círculo a verde) | | | | | | | |

Figura 5 - [Bolas Azuis: Admissão] [Bolas Verdes: Alta]

Quadro 11 - Escala de Avaliação do Autocuidado Aplicada à Mãe – Caso C

























| | Atividades dos Cuidados | 0-----5 | | | | | |
|---|--|-------------------------------|---|---|-----------------------|---|---|
| | | Não sei ou não consigo | | | Sei ou consigo | | |
| 1 | Sabe quais os medicamentos que tem de tomar/administrar? | 0 |  | 2 | 3 |  | 5 |
| 2 | Sabe para que servem os medicamentos prescritos (conhece os efeitos secundários no seu estado de saúde e/ou do seu filho/a)? | 0 |  | 2 | 3 |  | 5 |
| 3 | É capaz de tomar a medicação da maneira que lhe foi ensinada? | 0 |  | 2 | 3 |  | 5 |
| 4 | Consegue identificar alterações no seu corpo (sintomas)/no seu filho/a relacionados com a doença? | 0 |  | 2 | 3 |  | 5 |
| 5 | Conhece a razão pela qual existem algumas alterações no seu corpo e/ou do seu filho/a (sintomas) relacionados com a doença ou estado de saúde (cirurgia, tratamentos)? | 0 |  | 2 | 3 |  | 5 |
| 6 | Sabe e compreende o que deve fazer (implementar ações) para controlar essas alterações (sintomas) do seu corpo e/ou corpo do filho/a? | 0 |  | 2 | 3 |  | 5 |
| 7 | É capaz de realizar os tratamentos ou as atividades que lhe foram indicadas para gerir estas alterações no seu corpo e/ou corpo do seu filho/a? | 0 |  | 2 | 3 |  | 5 |
| 8 | É capaz de fazer coisas ou atividades para cuidar de si próprio/do seu filho/a e preservar a sua saúde de uma forma geral? | 0 |  | 2 | 3 |  | 5 |
| 9 | Sabe quem deve contactar para solicitar ajuda na realização das suas atividades de vida diárias e/ou do seu filho/a? | 0 |  | 2 | 3 |  | 5 |
| 10 | Sabe quem deve contactar caso exista uma agudização do seu estado de saúde e/ou do seu filho/a? | 0 |  | 2 | 3 |  | 5 |
| 11 | É capaz de realizar atividades normais (tomar banho, comer sozinho, brincar)? | 0 |  | 2 | 3 |  | 5 |
| 12 | É capaz de ajustar as suas atividades normais quando sofre alterações no seu corpo (sintomas) relacionadas com a doença ou o estado de saúde? | 0 |  | 2 | 3 |  | 5 |
| Total Score na Admissão/Avaliação Inicial (círculo a azul) | | Score de 12 | | | | | |
| | | Score de 48 | | | | | |
| Total Score na Avaliação na Alta (círculo a verde) | | | | | | | |

Figura 6 - [Bolas Azuis: Admissão] [Bolas Verdes: Alta]

1) identificação das atividades de autocuidado que necessitam de mais ensino e treino:

Todas as atividades de cuidados, necessitam de mais ensino e treino, dado que, não existiu nenhuma pergunta à qual o jovem e à mãe respondessem que sabiam.

2) identificação das atividades de autocuidado que necessitam de mais ensino e treino:

Relativamente aos cuidados de ER, as que necessitaram de mais ensino e treino foram: ensino sobre estratégias para utilizar em situação de crise de asma (para alívio de sintomas); ensinos sobre a técnica de descanso e relaxamento; ensino de técnicas para controlo e dissociação dos tempos respiratório (expiração com os lábios semicerrados, respiração diafragmática), ensino sobre a importância de manter uma postura correta e realização de exercícios de treino postural.

3) intervenções de EEER realizadas:

Quadro 12 - Atividades de Autocuidado/Intervenções - Caso C

| ATIVIDADE | INTERVENÇÕES |
|---------------------|---|
| 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 | <ul style="list-style-type: none">-Ensino ao jovem e à mãe sobre a terapêutica instituída;-Ensino sobre os efeitos secundários dos medicamentos;-Ensino ao jovem e à mãe sobre os sinais de alarme (sincope, SDR, mal-estar, palpitações, febre);-Ensino sobre a medicação que deve realizar em SOS;-Ensino sobre em que situações de alarme, devem recorrer ao Serviço de Urgência (hemorragia no local da sutura, febre, SDR continua, mal-estar contínuo, palpitações que não cedem com a medicação);-Estratégias para alívio da dor e ou SDR, através do ensino de técnicas de RFR (técnica de descanso e relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratório; respiração diafragmática e expiração com os lábios semicerrados). |

4) descrição das intervenções de ER que mais concorrem para o desenvolvimento das capacidades de autocuidado na criança/jovem e família com necessidades de cuidados de reabilitação:

Quadro 13 - Necessidades de Cuidados de Reabilitação/Intervenções – Caso C

| NECESSIDADES DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO | INTERVENÇÕES |
|--|---|
| a) défice de trocas gasosas, relacionado com o risco de crise de asma | -Ensino sobre estratégias para utilizar em situação de crise de asma (para alívio de sintomas). Ensino e treino de técnicas de RFR: técnica de descanso e relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratório; respiração diafragmática e expiração com os lábios semicerrados). |
| b) presença de dor, relacionado com o problema de saúde: cifoescoliose grave | -Ensino sobre a importância de manter uma postura correta e realização de exercícios de treino postural; -Na presença de dor, foi avaliada a dor usado como recurso a escala numérica para avaliação da dor e posteriormente o jovem foi medicado com analgesia prescrita; incentivado a realizar uma respiração diafragmática com os lábios semicerrados. |
| c) défice de conhecimentos relacionado com a patologia. | -Ensino sobre a cirurgia que ia realizar; -Ensino ao jovem e à mãe, sobre os cuidados no pós-operatório (presença de sutura de esternotomia, necessidade de manter-se com monitorização cardiorespiratória. -Ensino e treino da tosse assistida com contenção da sutura. |

CASO D

Criança de 8 anos de idade internada com o diagnóstico de L-TGA e CIV musculares apicais com antecedentes pessoais de cirurgia de banding da artéria pulmonar em 2011, cateterismo cardíaco em 2017, internada para cirurgia eletiva de B-BAP e encerramento de CIV.

A pessoa de referência desta criança, foi a mãe. A mãe, encontrava-se na faixa etária entre os 25-30 anos de idade, raça negra, escolaridade básica.

Após colheita de dados à mãe, foi entregue a Escala de Autocuidado Terapêutica (Quadro 15), para preenchimento, após explicação dos objetivos do estudo.

Posteriormente procedeu-se à realização de PC (Apêndice 11), foram definidos como diagnósticos de enfermagem da criança o que foram: tosse ineficaz, presença de secreções que não consegue expelir, cansaço fácil relacionado com patologia cardíaca, dor no local da esternotomia (quando tosse).

Do plano de intervenção multidisciplinar resultou a melhoria dos sintomas com resultados ao nível dos parâmetros vitais (TA, FC, FR, SpO₂), da eficácia da tosse, na diminuição da quantidade das secreções brônquicas, na diminuição dos SDR e melhoria na auscultação pulmonar, conforme em Apêndice 12.

No que se refere às necessidades de autocuidado, o plano de ensino e treino permitiu concluir que no momento da alta, a criança e a mãe demonstraram maior conhecimento relativamente ao autocuidado conforme quadro 14.

Quadro 14 - Escala de Avaliação do Autocuidado aplicada à mãe - Caso D

| | Atividades dos Cuidados | 0-----5 | | | | | |
|---|--|-------------------------------|---|---|-----------------------|---|---|
| | | Não sei ou não consigo | | | Sei ou consigo | | |
| 1 | Sabe quais os medicamentos que tem de tomar/administrar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Sabe para que servem os medicamentos prescritos (conhece os efeitos secundários no seu estado de saúde e/ou do seu filho/a)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | É capaz de tomar a medicação da maneira que lhe foi ensinada? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Consegue identificar alterações no seu corpo (sintomas)/no seu filho/a relacionados com a doença? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Conhece a razão pela qual existem algumas alterações no seu corpo e/ou do seu filho/a (sintomas) relacionados com a doença ou estado de saúde (cirurgia, tratamentos)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Sabe e compreende o que deve fazer (implementar ações) para controlar essas alterações (sintomas) do seu corpo e/ou corpo do filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | É capaz de realizar os tratamentos ou as atividades que lhe foram indicadas para gerir estas alterações no seu corpo e/ou corpo do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | É capaz de fazer coisas ou atividades para cuidar de si próprio/do seu filho/a e preservar a sua saúde de uma forma geral? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Sabe quem deve contactar para solicitar ajuda na realização das suas atividades de vida diárias e/ou do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Sabe quem deve contactar caso exista uma agudização do seu estado de saúde e/ou do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | É capaz de realizar atividades normais (tomar banho, comer sozinho, brincar)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | É capaz de ajustar as suas atividades normais quando sofre alterações no seu corpo (sintomas) relacionadas com a doença ou o estado de saúde? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Total Score na Admissão/Avaliação Inicial (círculo a azul) | | Score de 9 | | | | | |
| Total Score na Avaliação na Alta (círculo a verde) | | Score de 54 | | | | | |

Figura 7 - [Bolas Azuis: Admissão] [Bolas Verdes: Alta]

1) identificação das atividades de autocuidado que necessitam de mais ensino e treino:

Todas as atividades de cuidados, necessitam de mais ensino e treino, dado que, não existiu nenhuma pergunta à qual a mãe respondesse que sabia.

Os motivos para a criança integrar o plano de ER foram: ensinamentos sobre a técnica de descanso e relaxamento; ensino de técnicas para controlo e dissociação dos tempos respiratório

(expiração com os lábios semicerrados, respiração diafragmática). Realização de exercícios sobre reeducação diafragmática e ensino sobre a técnica de tossir (tosse dirigida e assistida com contenção da sutura).

2) identificação das atividades de autocuidado que necessitam de mais ensino e treino:

Todas as atividades de cuidados, necessitaram de mais ensino e treino.

3) intervenções de EEER realizadas

Quadro 15 - Atividades de Autocuidado/Intervenções - Caso D

| ATIVIDADE | INTERVENÇÕES |
|-------------------------------|--|
| 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 | <ul style="list-style-type: none"> -Ensino sobre a medicação administrada à criança -Ensino sobre os efeitos secundários -Ensino e treino sobre a forma de administração (recurso a seringas de diferentes medidas) -Ensino sobre sinais de declínio da doença (cianose periférica, sinais de esforço respiratório, astenias, prostração, febre) |
| 9,10 | <ul style="list-style-type: none"> -Apurar junto da mãe, quais os recursos familiares que detém – caso necessite de requerer ajuda na realização das atividades de vida diárias da sua filha e caso exista um episódio de agudização de doença -Reforçar sinais de declínios da doença -Explicar e reforçar sinais de alarme, em que deve recorrer ao Serviço de Urgência |
| 11 | -Incentivo à mãe para prestar os cuidados de higiene, sob a supervisão da ER |
| 12 | -Ensino à mãe sobre os sinais de declínio da D.C.C sinais de alarme |

4) descrição das intervenções de ER que mais concorrem para o desenvolvimento das capacidades de autocuidado na criança/jovem e família com necessidades de cuidados de reabilitação:

Quadro 16 - Necessidades de Cuidados de reabilitação/Intervenções - Caso D

| NECESSIDADES DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO | INTERVENÇÕES |
|--|--|
| a) défice de trocas gasosas devido a patologia cardíaca | -Ensino e treino sobre a posição de descanso e relaxamento |
| b) défice de inspiração de ar suficiente por presença de secreções brônquicas | -Ensino e treino sobre a técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios -Ensino e treino sobre exercícios de Reeducação Diafragmática (Porção anterior do diafragma; porção posterior do diafragma; hemicúpula diafragmática direita e hemicúpula diafragmática esquerda) |
| c) défice de conhecimento sobre a forma correta de tossir, sem causar dor e/ou diminuir – Tosse Ineficaz | -Ensino e treino sobre a tosse dirigida, com contenção da sutura da esternotomia -Ensino à A. para realizar uma contenção no local da sutura da esternotomia no momento em que tosse |
| d) défice de conhecimentos relacionados com a importância de ingerir água e/ou líquidos | -Explicar os benefícios da ingestão de água |
| e) défice de conhecimentos relacionados com a situação atual de doença da filha | -Explicação dos principais sinais e sintomas a vigiar (fadiga, astenia, cianose central, sinais de dificuldade respiratória, febre) -Ensino sobre os cuidados a ter com a ferida (esternotomia) e sinais e sintomas de infeção ou complicações -Explicação e reforço de todas as medicações administradas à A., fornecer informação escrita e/ou outra se necessário – exemplo: desenhar diferentes seringas para explicar à mãe as dosagens; -Explicação e reforço sobre a importância dos exercícios de reabilitação respiratório para a melhoria do estado de saúde da A.; -Avaliação sobre a existência de receios, medos relacionados com a situação de saúde da A. |

6.4 Síntese de casos e discussão de resultados

Os casos descritos foram de crianças e jovens de diferentes faixas etárias presentes no quadro 17, que estiveram sempre acompanhadas pela pessoa de referência durante o internamento.

Quadro 17 - Idade das crianças/jovens

| Caso | Idade |
|-------------|------------------|
| A | 4 meses de idade |
| B | 18 anos de idade |
| C | 18 anos de idade |
| D | 8 anos de idade |

As pessoas de referência, apresentaram características distintas em relação à ligação de parentesco com as crianças e jovens, sexo, idade e literacia, como verificado no quadro 18.

Reforçando a ideia de que a família é tida como elemento fundamental e colaborador no processo de cuidados e de suporte das crianças e que por isso se deve atender sempre à díade (Latado, 2016).

Quadro 18 - Caracterização da Pessoa de Referência

| Caso | Pessoa de referência | Sexo | Idade | Literacia | Profissão |
|-------------|-----------------------------|----------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------------|
| A | Mãe e Pai | Masculino e Feminino | Mãe: 25-30 anos de idade Pai: 25-30 anos de idade | Licenciatura Ensino Secundário | Mãe-Enfermeira Pai-Operador febril |
| B | Avó | Feminino | 60-70 anos de idade | Ensino Primário | Reformada de costureira |
| C | Mãe | Feminino | 35-40 anos de idade | Ensino Secundário | Contabilista |
| D | Mãe | Feminino | 25-30 anos de idade | Ensino Básico | Operadora de caixa supermercado |

De acordo com o quadro 19, o défice de conhecimento relacionado com a patologia, foi uma dificuldade comum a todos os participantes no projeto. Verificou-se que todos os intervenientes, manifestaram conhecimentos insuficientes relativos a medicamentos a administrar à criança/jovem (Atividade de cuidado 1); conhecimentos de efeitos secundários (Atividade de cuidado 2); capacidade de tomar a medicação da forma que foi ensinada (Atividade de cuidado 3) e sobre a forma de controlar os sintomas relacionados com a doença da criança/jovem (Atividade de cuidado 4). A presença de sentimentos como a impotência, medo e ansiedade, estiveram presentes em todas as pessoas de referência das crianças/jovens envolvidos e também foram sentimentos que os dois jovens de 18 anos manifestaram, relacionado com a circunstância de estarem hospitalizados.

Quadro 19 - Score pormenorizado das Atividade dos Cuidados na avaliação inicial – Admissão

| Caso | Atividade de Cuidados VS Sujeito participante | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| A | Mãe | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 5 | 0 | 2 |
| | Pai | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 |
| B | Jovem | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| | Avó | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| C | Jovem | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | Mãe | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| D | Mãe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |

Do conhecimento de cada caso e da análise do quadro 19 pode-se concluir que as pessoas de referência com mais escolaridade, apresentaram menos dificuldades na perceção de conhecimento relativamente aos ensinamentos e treinos realizados, sobre as atividades de autocuidado. Esta constatação vai de encontro ao referido por Broeiro (2017), para quem o conceito de literacia em saúde se associa frequentemente à capacitação e educação mas a educação é o preditor de saúde que mais pesa. Dito de outro modo a educação faz bem à saúde uma vez que a “um baixo grau de literacia se associam resultados de saúde mais fracos” (Habel, 2011, p. 67).

A criança do caso A, atendendo ao facto de ser um lactente de 4 meses, os ensinamentos e treinos foram direcionados aos pais. Os jovens do caso B e C, não apresentaram qualquer dificuldade na captação das informações transmitidas através dos ensinamentos realizados para colmatar as necessidades de autocuidados identificadas. Trataram-se de jovens interessados no seu estado de saúde e em promover e recuperar a sua saúde, salientando-se nestes o que defende Habel

(2011) que na adolescência as necessidades de aprendizagem são abrangentes e variadas e eles gostam de controlar os resultados da educação.

Na criança do caso A, o ensino e treino foi realizado em simultâneo aos dois pais, e o pai manifestou mais dificuldades na compreensão de alguns aspetos reforçando a importância dos cuidados diferenciados. Os pais devem conhecer os sintomas da patologia cardíaca do filho, bem como os sinais de declínio da condição clínica. Devem saber contactar o cardiologista em qualquer altura e devem saber o que fazer em caso de emergência. A família precisa ter conhecimento da gestão terapêutica, da disfunção e do papel que a cirurgia e outros procedimentos cirúrgicos representam, conhecer os problemas de saúde, medicação atual e contactos de profissionais de saúde disponíveis em caso de emergência. Este conhecimento é fundamental para partilhar com outros prestadores de cuidados como amas ou educadoras de infância (Delaney, Shoroeder & Baker, 2014).

Nos pais de crianças com doença cardíaca congénita, observaram-se enormes tarefas psicológicas e físicas. A família vivencia sentimentos de angústia, medo, culpa, desesperança, impotência e insegurança. A angústia e o medo vêm descritos como sentimentos que surgem a partir do momento em que os pais começam a “dar-se conta” do problema, percebendo a real situação a ser enfrentada. Constituindo-se como manifestações da incerteza relativa ao futuro do filho e de procura de causas, as quais compreendem a própria atuação dos pais e o tempo para o diagnóstico (Delaney, Shoroeder & Baker, 2014). Durante a prestação de cuidados, percecionei estes sentimentos e foi prestado apoio emocional e promovida a escuta ativa, numa perspetiva simultaneamente de orientação e de apoio (Habel, 2011), no sentido de ensinar, mas também de transmitir segurança.

No caso B relativamente à avó do jovem existiram barreiras a nível da transmissão da mensagem, pois a senhora apresentava acuidade auditiva diminuída e também manifestou muitas dúvidas confirmando o que defende Habel (2011) que nas pessoas mais velhas a aprendizagem pode ser afetada por compromissos sensoriais e ou processos cognitivos alterados, mas são capazes de aprender desde que os programas educacionais sejam adaptados às suas necessidades.

As dificuldades demonstradas pelas crianças/jovens foram diferentes, o que poderá estar relacionado com as diferentes faixas etárias, e o desenvolvimento físico e intelectual distinto.

As crianças possuem características próprias do seu desenvolvimento que devem ser interpretadas no processo de reabilitação (Latado, 2016).

Na criança do caso D, os ensinamentos, foram adequados ao seu nível de desenvolvimento adequando e simplificando a linguagem à sua idade (8 anos de idade). Foram também, adaptadas as técnicas de RFR à faixa etária, utilizando a brincadeira como recurso para trabalhar com a criança a RFR, na perspectiva de que os programas de ensino e de aprendizagem nas crianças têm de ter em conta o seu nível cognitivo e idade cronológica. As atividades de autocuidado nesta criança/família prenderam-se com a gestão da D.C.C. De acordo com Hockenberry & Wilson (2014), os pais devem conhecer os sintomas do problema cardíaco do filho, tal e qual como os sinais de declínio da condição de saúde e devem saber quando contactar o cardiologista e/ou o que fazer em caso de emergência (Hockenberry & Wilson, 2014). Souto (2017) sublinha que no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, a intervenção dos enfermeiros deve centrar-se na educação parental desenvolvimento de competências e colaboração e na preparação para o regresso a casa e integração na comunidade.

Relativamente à aplicabilidade da escala de autocuidado, verificou-se que existiu uma melhoria das necessidades de autocuidado das crianças/jovens e famílias, verificando-se uma melhoria significativa dos scores em toda a população envolvida, podendo-se comprovar com o quadro 20.

Quadro 20 - Score Admissão VS Alta

| Score Caso | Sujeito participante | Score na Avaliação Inicial - Admissão | Score na Avaliação Final - Alta |
|-----------------------------|-----------------------------|--|--|
| A | Mãe | 23 | 55 |
| | Pai | 6 | 34 |
| B | Jovem | 9 | 60 |
| | Avó | 0 | 48 |
| C | Jovem | 19 | 60 |
| | Mãe | 12 | 48 |
| D | Mãe | 9 | 52 |

O tempo de contato com as crianças/jovens e famílias, constitui-se como fundamentais para identificar as necessidades de autocuidado e intervir, contudo, através da análise deste dado, não se observou melhorias significativas em particular, relativamente aos casos com quem foi despendido mais tempo na prestação de cuidados, como verificado no quadro 21. No

caso B e C, o tempo de contato foi menor e, no entanto, existiu uma melhoria significativa no score.

Quadro 21 - Tempo de contato prestação de cuidados VS Score admissão e alta

| Score Caso | Sujeito participante | Tempo de contato em turnos | Score na Avaliação Inicial - Admissão | Score na Avaliação Final - Alta |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--|--|
| A | Mãe | 8 turnos | 23 | 55 |
| | Pai | | 6 | 34 |
| B | Jovem | 3 turnos | 9 | 60 |
| | Avó | | 0 | 48 |
| C | Jovem | 2 turnos | 19 | 60 |
| | Mãe | | 12 | 48 |
| D | Mãe | 6 turnos | 9 | 54 |

7. ANALISE REFLEXIVA SOBRE AS ACTIVIDADES E AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A aquisição de competências especializadas em enfermagem de reabilitação, iniciaram-se em contexto teórico e continuaram na prática clínica através da mobilização de conhecimentos, porque é perante esta que se definem, testam e redefinem-se propostas de intervenção fundamentadas em princípios cientificamente comprovados. De acordo com, Benner (2001), as competências desenvolvem-se ao longo da vida profissional e nesta os indivíduos passam por vários estádios de aprendizagem através de uma prática reflexiva, destacando esta autora ser impossível a proeficiência sem experiência.

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal compreende um conjunto de competências que assentam na demonstração de uma prática profissional e ética, baseada num corpo de conhecimento ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências da pessoa (OE, 2010). Pela intersecção inequívoca com as competências específicas do EEER, nomeadamente cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados (OE, 2010), foram descritas e analisadas as atividades, que possibilitaram a concretização dos objetivos delineados, e o desenvolvimento das competências correlacionadas.

Atendendo ao supracitado, com a conclusão da UC Estágio Final foi essencial avaliar os objetivos inicialmente delineados na formulação do projeto de intervenção profissional. Esta ação permitiu avaliar o alcance de competências comuns do EE, das competências específicas do EEER e das competências de mestre, facilitando na sua reflexão.

No *Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*, defini como objetivos: desenvolver competências baseadas em princípios éticos e deontológicos na área de enfermagem de reabilitação como promover a defesa da dignidade, privacidade e segurança da pessoa; identificar o défice de autocuidado das crianças/jovens e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação; foi elaborado um PC de reabilitação integrado no plano global de cuidados às crianças/jovens e famílias para promoção do autocuidado e prestação de cuidados de ER às crianças/jovens e famílias prevenindo a ocorrência de complicações e promovendo a recuperação/readaptação funcional.

Em ambos os contextos de estágios, na prestação de cuidados de ER, primaram os princípios éticos e deontológicos, respeitando cada indivíduo com os seus respetivos valores, crenças e princípios. Foi atendido sempre à defesa da dignidade, privacidade e segurança de cada criança/jovem e família.

A prestação de cuidados, em ambos os locais de estágio, iniciou-se sempre pela apresentação, apresentando-me como estudante de EEER sob a supervisão da enfermeira orientadora e só depois desta informação prosseguia a comunicação com o intuito de colher de dados. Existiu sempre a preocupação de adequar, a linguagem às pessoas que tinha a minha frente, comunicando de modo simples e claro para que compreendessem a informação transmitida.

Na colheita de dados, através da escuta ativa e do diálogo, foi proporcionada toda a informação sobre a utilidade da colheita. Contribuindo para o aumento do conhecimento sobre a situação de saúde vivenciada do cliente. Foram obtidos os consentimentos informados para realização do plano de cuidados inerente às crianças/jovens e famílias, após a explicação de que a informação obtida apenas e só seria utilizada para a realização de um plano individual de cuidados de reabilitação e seriam salvaguardados o anonimato das crianças/jovens. Após consentimento dado e assinado, foi explicado o objetivo do trabalho. Foi explicada a utilidade da aplicabilidade da escala do autocuidado e a forma de preenchimento. Foi reforçado que esta seria preenchida no início dos cuidados e no momento da alta com o intuito de posteriormente proceder à análise dos resultados, para fazer parte integrante do relatório final que seria apresentado e discutido perante um júri para avaliação e posteriormente para divulgação pública.

Foi proporcionado tempo aos jovens e famílias (pai, mãe e/ou pessoa de referência das crianças dos 0 aos 18 anos de idade) para reflexão, assegurando-me da existência da compreensão adequada, e reforçado que poderiam recusar a minha proposta.

Na área da pediatria, as famílias estão sempre presente durante os cuidados de ER e por isso a prestação de cuidados centrou-se sempre na díade no sentido de capacitar as famílias como agentes do autocuidado dependente.

Enquanto aluna de EEER, os cuidados foram prestados pelo sistema de enfermagem educativo e de suporte como sugere Orem (2011), fundamentados na comunicação, empatia e respeito. Estes cuidados visaram a continuidade de cuidados após a alta e a prevenção de um

novo internamento hospitalar. Respeitei sempre os direitos das crianças/jovens e famílias, promovendo o direito e acesso à informação, privacidade, respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais, respeito pela confidencialidade, segurança e dignidade da pessoa.

A parceira nos cuidados, surge como fundamental para a relação, em que o utente e profissional concordam com a intervenção, sendo essencial que o próprio tenha conhecimentos aprofundados sobre a sua situação e saiba aplicar os conhecimentos que possui para conseguir gerir a situação da melhor forma possível (Benner, 2001).

Na primeira semana em ambos os locais de estágio, foram consultadas normas, procedimentos dos serviços, trabalhos realizados, estudadas as patologias mais frequentes e foram revistos os cuidados de ER com o objetivo de ter uma boa integração e prestar cuidados de ER com qualidade e segurança.

Foquei-me no conhecimento sobre as funções dos EEER nas equipas multidisciplinares nos diferentes serviços e o modo como era realizada a articulação entre os mesmos e os restantes elementos das equipas.

Em todos os cuidados de ER realizados, foram personalizadas sempre as intervenções, adequando-as a cada criança, jovem e família com o objetivo de capacitá-las para o autocuidado. Na colheita de dados, procedeu-se de imediato à identificação do défice de autocuidado das crianças/jovens e/ou famílias e de outros défices e compromissos. Foram implementadas intervenções, partindo para a formulação do PC de ER à luz da teórica de enfermagem Dorothea Orem, os cuidados prestados pretenderam capacitar os pais como agentes do autocuidado dependente sempre que as crianças/jovens não alcançavam a satisfação do seu autocuidado.

Em ambos os EC, foram realizados ensinamentos aos pais sobre a avaliação dos sinais de declínio da doença (respiratória e/ou cardíaca), sinais de dificuldade respiratória, sobre a administração de inaloterapia e/ou câmara expansora, administração de terapêutica e/ou inalatória e/ou outra. Os ensinamentos, envolveram também as crianças, com o intuito de diminuir as recorrências ao serviço de urgência e aumentar/reforçar o autocuidado da díade. A eficácia destas intervenções teve expressão concreta nos participantes do projeto, que aumentaram todos os seus conhecimentos em termos de autocuidados.

Considero que foram desenvolvidas todas as atividades propostas em ambos os ensinos clínicos (Apêndice 13), dado que, foram prestados cuidados de ER que contribuíram para a recuperação destas crianças/jovens e famílias.

No ***Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade***, ***explanei os seguintes objetivos:*** reconhecer oportunidades de melhoria contínua dos cuidados prestados nos diferentes contextos de ensino clínico e incluir conhecimentos da área da qualidade na prestação de cuidados.

Durante os ensinos clínicos foram aproveitadas todas as oportunidades de aprendizagem com empenho e dedicação, com o objetivo de captar todo o conhecimento que fosse possível para intervir de forma autónoma e segura aquando da prestação dos cuidados de ER, enquanto futura EEER.

Num dos contextos de estágio não existia folha específica para registo dos cuidados de ER e tive a oportunidade de elaborar com a enfermeira orientadora uma folha de registo de cuidados de enfermagem de reabilitação, que foi testada e que se revelou uma ferramenta útil para registo das intervenções de enfermagem de reabilitação.

Em ambos os estágios, observei que os pais das crianças apresentavam dificuldades na gestão da doença dos seus filhos, nomeadamente no que respeita ao regime terapêutico, atividades a desenvolver para melhorar o bem-estar dos mesmos e prevenir complicações. Assim, foram revistos conhecimentos teóricos e práticos, nomeadamente referentes à anatomia e fisiologia do aparelho cardiovascular, respiratório e a fisiopatologia de várias patologias como cardiopatias cardíacas, bronquiolites, asma, fibrose quística, pneumonia, derrame pleural, doenças neuromusculares, displasia broncopulmonar. Este trabalho autónomo, constituiu-se como fundamental para aprofundar os conhecimentos teóricos, tendo sido realizado sempre que necessário e à medida que surgiram situações novas. A pesquisa foi realizada em livros de referência na área da pediatria e na base de dados EBSCO, com o objetivo de obter conhecimentos avançados sobre as diretivas mais atuais.

Na prestação de cuidados sob a orientação das enfermeiras orientadoras, constatei que o planeamento da alta deve iniciar-se logo desde o início do internamento. Assim, atendemos sempre ao envolvimento da família nos cuidados.

No ***Domínio da Gestão dos Cuidados***, delineei os seguintes objetivos: colaborar com os enfermeiros orientadores nos locais de estágio, na gestão de cuidados de enfermagem de reabilitação, permitindo uma melhoria da qualidade, a promoção do autocuidado e a segurança

dos cuidados prestados; avaliar necessidades das crianças/jovens e famílias em termos de programas de treino motor e cardiorrespiratório. Realizar e implementar planos de cuidados inseridos num programa de reabilitação e avaliei e reformulei, sempre que necessário, os planos de treino motor e cardiorrespiratório efetuados em função dos resultados.

A gestão dos cuidados era realizada em conjunto com a EEER, e ambas planeávamos as intervenções de ER a realizar com cada criança/jovem ou família atribuídos, adequando as técnicas às faixas etárias.

Antes de iniciar a prestação de cuidados, a gestão dos cuidados de reabilitação era feita tendo em conta a satisfação das atividades de vida diária (AVD), como a alimentação, repouso e brincadeira das crianças/adolescentes. Assim, acordava-se sempre com os pais, o início dos exercícios de RFR de acordo com a hora da última refeição. Se as crianças já tivessem a capacidade de perceção e/ou colaborante, acordava com as próprias o momento mais propício sem comprometer a dinâmica dos cuidados e até discutíamos sobre os diferentes exercícios de RFR e sua finalidade.

A seleção da teoria de enfermagem para o acompanhamento neste percurso tornou-se benéfica e permitiu uma eficaz gestão dos meus cuidados de enfermagem de reabilitação às crianças/jovens e família com necessidades de cuidados de reabilitação, uma vez que, seguir um raciocínio e sistematizar os cuidados.

No *Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais*, os objetivos definidos foram: utilizar evidência científica para a prática de cuidados de ER aos clientes atribuídos nos diferentes estágios.

Considero que através da apresentação dos trabalhos sobre RFR (Apêndice 15) e Reeducação alimentar no RNPT (Apêndice 16), desenvolvi aprendizagens profissionais. Posteriormente, procedi à avaliação do impacto da mesma, através da entrega de um questionário de avaliação da sessão (Apêndice 17).

Através das diferentes pesquisas e leituras realizadas no decorrer do estágio final, sobre as diferentes temáticas trabalhadas, foram adquiridos novos saberes que comportavam, a mais atual evidencia científica. No trabalho apresentado sobre Reeducação Alimentar no RNPT,

existiu partilha de conhecimentos com os enfermeiros da equipa e a discussão foi muito concorrente, porque existiam, enfermeiras especialistas em saúde infantil que, possuíam conhecimentos diversos, que quiseram partilhar para complementar a apresentação.

A reflexão sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de cada uma das suas três competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da OE.

Relativamente à **primeira competência**, *cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro da OE)*. Nos estágios trabalhei com crianças dos 0 aos 18 anos de idade, com necessidades de cuidados de reabilitação diversos com patologias cardíacas e patologias respiratórias. Foram realizados PC, executei-os e avaliei-os, pelo que considero ter atingido com sucesso esta primeira competência, uma vez que atendi às particularidades de cada um numa perspetiva holística. Os PC realizados, possibilitaram a promoção de capacidades adaptativas com vista ao autocuidado, sendo, para tal, selecionadas e prescritas intervenções sensíveis às alterações funcionais detetadas

No internamento de cardiologia pediátrica, as crianças e jovens possuíam cardiopatias estruturais, cardiopatias congénitas do adolescente e jovem adulto; transplantação cardíaca e diagnóstico de insuficiência cardíaca. Também existiam crianças/jovens internadas com doenças respiratórias restritivas como a pneumonia e o derrame pleural (complicações de saúde após cirurgia cardíaca). Esta população, apresentava em geral, disfunções cardiorrespiratórias, com necessidades de cuidados de reabilitação.

Foram realizadas intervenções de ensino e treino na área da ER com o objetivo de promover a capacitação para o autocuidado tanto das crianças/jovens como das famílias.

No decorrer das diversas sessões, foi fundamental avaliar a tolerância dos clientes às técnicas de RFR e RFM, através da avaliação dos parâmetros vitais, da auscultação pulmonar, e da observação contínua do estado geral das crianças e jovens.

O EEER num internamento de pediatria, inserido numa equipa multidisciplinar e com um corpo de conhecimentos e cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória às crianças com bronquiolite e família, implementa procedimentos específicos que concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem personalizados e diferenciados, baseados nos problemas identificados (OE, 2010). Ao cuidar de crianças/jovens com alterações resultantes de afeções

respiratórias, tive a oportunidade de desenvolver técnicas de RFR e de adquirir competências nesta área.

Em relação à **segunda competência**, *capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro da OE)*. Foi desenvolvida através da elaboração e implementação de programas de treino de atividades de vida diária, procurando capacitar as crianças/jovens e famílias para o exercício da sua autonomia e contribuindo para a sua independência.

Relativamente a esta competência específica do EEER, a passagem pelo Departamento de Atividades de Vida Diárias no Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão, que decorreu em outubro de 2018, constatou-se como sendo um período bastante rico em novas aprendizagens que possibilitou a consolidação dos conhecimentos teóricos aprendidos ao longo do Mestrado em Enfermagem.

Em todo o estágio, existiu a preocupação de ensinar e treinar as técnicas de RFR, com o objetivo de prevenir complicações e melhorar a função respiratória. Uma criança com cardiopatia congénita e com FQ, necessitará de gerir sintomas de dificuldade respiratória em momentos de crise. Assim, a RFR é um momento de educação, onde se promove a capacitação das crianças/famílias para lidar com a doença e com o tratamento, de forma a torná-los o mais independente possível na gestão da sua situação (Cordeiro & Leite, 2012).

Em contexto de estágio, houve a oportunidade de trabalhar com uma criança, internada com o diagnóstico de asma. A estas crianças/jovens e família com patologia respiratória crónica foram transmitidas orientações para a deteção precoce de agudização da doença, identificação de sinais de dificuldade respiratória e fatores desencadeantes, estratégias para o controlo da respiração e gestão da ansiedade.

A literatura e a evidência científica atual consideram a asma uma doença crónica e referem/analisa que as crianças/jovens e famílias com o confronto com o diagnóstico de uma doença crónica implicará um reajustamento de papéis no seio familiar com implicações em diferentes aspetos, desde a vertente emocional, social, pessoal, financeira e funcional (DGS, 2017). Atendendo às características da doença e às suas implicações nomeadamente hospitalizações ou necessidade de tratamentos frequentes, a família depara-se também com tarefas adi-

cionais, responsabilidades e preocupações relativas aos cuidados e questões monetárias implicadas, incertezas quanto ao futuro, luto emocional, reações de preconceito ou estigmatização por parte da sociedade e isolamento social, entre outras (Hockenberry & Wilson, 2014). Os principais componentes de um programa de reabilitação respiratória dirigido às crianças com asma insistem na educação para a saúde e na reeducação respiratória (Cordeiro & Leite, 2012).

A terceira competência, maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro da OE), foi atingida através de práticas de qualidade centradas no desenvolvimento da funcionalidade das crianças jovens e famílias de quem cuidei.

As intervenções de enfermagem visaram a constante maximização das capacidades funcionais e possibilitaram a colaboração da pessoa/família nos cuidados prestados. A frequente monitorização desses cuidados possibilitou uma avaliação pormenorizada dos resultados obtidos assim como a reformulação dos planos de cuidados, procurando potenciar o rendimento e desenvolvimento da pessoa.

Tendo em conta todo o trabalho desenvolvido para o alcance desta competência, destaca-se o contributo do trabalho apresentado no internamento de cardiologia pediátrica, sobre a reeducação alimentar no RNPT. Também, neste contexto de estágio, foi ensinado, instruído e treinadas as técnicas com crianças e jovens a nível motor e cardiorrespiratório, tendo em conta a especificidade de cada cliente.

Nas intervenções junto da criança com asma, incidiu-se maioritariamente na atuação perante a crise asmática. Nesta fase a intervenção do enfermeiro deverá incidir sobre o alívio do broncospasmo e o controlo da respiração. Deve-se minimizar o dispêndio de energia e, nesse âmbito, podem ser realizados exercícios de controlo da respiração como a respiração diafragmática e a expiração de lábios semicerrados, tentando não modificar o ritmo respiratório, de forma a não agravar o quadro respiratório.

No que se refere às competências de mestre em enfermagem considero todas as intervenções desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento das competências de mestre. O mestre, no âmbito do seu exercício profissional, deve ser detentor da capacidade de aplicar conhecimentos que o permitam lidar com situações complexas, procurando soluções e emitindo juízos. Consequentemente, deve ser capaz de refletir sobre as implicações e responsabilidades

éticas e sociais inerentes a essas soluções e juízos (Decreto-Lei n° 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior).

Atendendo à **primeira competência**: *“Demonstra e compreende saberes, aprofundando-os e contribuindo para o desenvolvimento científico da enfermagem.”* esta competência permitiu a identificação de problemas, implementação e avaliação de programas de enfermagem de reabilitação individualizados, respeitante ao processo de enfermagem e cumprindo o regulamento de competências comuns do EE e do EEER e os resultados do projeto de intervenção também atestam o desenvolvimento desta competência.

Em relação à **segunda competência**: *“Aplica os saberes da sua área de estudo na resolução de dificuldades em circunstâncias multidisciplinares.”* O recurso constante à pesquisa bibliográfica permitiu o desenvolvimento de uma prática especializada de ER apoiada na evidência científica mais recente, visando atingir as competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do EEER e de mestre. As pesquisas realizadas e as sessões de formação destinadas aos profissionais de saúde, com evidencia científica atual e a redação de um artigo científico que se pretende publicar (Apêndice 18), também refletem a aquisição desta competência.

Relativamente à **terceira competência**: *“Capacidade de integração de conhecimentos, juízo clínico e tomada de decisão, com responsabilidade ética, deontológica e social.”* foi concretizada pelo respeito demonstrado por todas as crianças/jovens e famílias a quem foram prestados cuidados, atendendo sempre à dignidade da pessoa e os valores éticos e deontológicos emanados para a profissão.

No que diz respeito à **quarta competência**: *“Capacidade de comunicar as estratégias e conclusões do trabalho de investigação, a especialistas e não especialistas.”*, a apresentação deste relatório atesta o desenvolvimento desta competência.

E finalmente a **quinta competência**: **“Desenvolvimento autónomo de conhecimentos e aptidões ao longo da vida.”** O conhecimento profundo adquirido neste percurso permitirá que seja promotora de excelência da formação dos pares e colaboradores num percurso agora iniciado.

8. CONCLUSÃO

A elaboração deste Relatório de Estágio Final, bem como todo o percurso realizado, possibilitaram o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER emanadas pela OE, e possibilitaram muitos momentos de aprendizagem. Através da reflexão e análise atendeu-se à existência de necessidades de diversos cuidados de reabilitação na área da pediatria.

Relativamente ao projeto de intervenção aplicado, através da aplicabilidade da escala de autocuidado terapêutica, verificou-se muito útil para avaliar os conhecimentos no momento da admissão e posteriormente na alta, sendo visível a intervenção do EEER. Na admissão através da interpretação das necessidades de autocuidados das crianças/jovens e famílias, foi possível realizar o plano de cuidados, tendo como finalidade as atividades de autocuidado que necessitavam de mais ensino e treino. Os resultados alcançados com o projeto de intervenção, permitiram destacar a eficácia da intervenção do EEER delineadas, para capacitar as crianças/jovens e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação.

Através da aplicabilidade da escala, no momento da admissão, a população interveniente, apresentava score < 20 e após intervenção do EEER, no momento da admissão, verificou-se um score > 50 , apurando-se um aumento do autocuidado nas atividades de vida diária.

As maiores dificuldades sentidas prenderam-se com questões inerentes à integração e adaptação aos vários locais de estágio. Contudo, o interesse e a determinação na aprendizagem, assim como, a disponibilidade e empenho do docente orientador, foram essenciais na adoção de estratégias resolutivas. A expectativa das oportunidades de intervenção, nos serviços que integrei enquanto mestranda, enquanto futura EEER, na promoção do autocuidado das crianças/jovens e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação, foi elevada. Considero que tive muitas oportunidades de aprendizagem, constituíram-se como proveitosas para várias aprendizagens, que fomentaram o desenvolvimento de conhecimento, habilidades técnicas e capacidade na tomada de decisão.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adriana Remor, Ilza Schmidt de Brito, Vitória Regina Petters, & Evangelia K. A. dos Santos. (1986). A teoria do auto-cuidado e sua aplicabilidade no sistema de alojamento conjunto. Revista Brasileira de Enfermagem, (2–3), 12. Recuperado de: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3dedsoj%26AN%3dedsoj.035bd1b3a07f4612891a045691199dbb%26lang%3dpt-pt%26site%3dedsoj-live%26scope%3dsite>
- American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation (2006). American Journal Respiratory Critical Care Medicine, 173, 1390-1413. Recuperado de: www.atsjournals.org
- Azevedo A. V. S., Júnior A. C. L. & Crepaldi M. A. (2010), Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. Temas em psicologia pediátrica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 3653-3666. DOI: 10.1590/1413-812320172211.26362015
- Bandeira, T. & Castro, L. (2009). Reabilitação Respiratória na Pediatria. Em M. J. Gomes, & R. Sotto-Mayor
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora
- Brennan, M., & Schrijver, I. (2016). Cystic fibrosis a review of associated phenotypes, use of molecular diagnostic approaches, genetic characteristics, progress, and dilemmas. The Journal of Molecular Diagnostics, 18(1), 3–14. Recuperado de: <http://doi.org/10.1016/j.jmoldx.2015.06.010>
- Broeiro, P. (2017). Literacia em saúde e utilização de serviços. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 33 (1). 6-8. doi: 10.32385/rpmgf.v33i1.12018
- Canteiro, M e Heitor, M (2003) Reabilitação Respiratória. In Gomez, M. e Sotto-Mayor, R. Tratado de Pneumologia. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Volume II, 1785-1787. Lisboa. Permanyer Portugal
- Cardoso, A.F., Queirós, P., Ribeiro, C.F. & Amaral, A. (2014). Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Therapeutic Self-Care Scale. International Journal of Caring Sciences, 7(2), 426-435. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/267267791_Cultural_Adaptation_and_Psychometric_Properties_of_the_Portuguese_Version_of_the_Therapeutic_Self-Care_Scale

- Carvalho, P., Cunha, R. & Barreto, S. (2002). Distribuição do fluxo sanguíneo pulmonar na bronquiolite viral aguda. *Jornal de Pediatria*. 78 (2). 133-139. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n2/v78n2a12.pdf>
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. A. Glasper, & A. Tucker, *Advances in Child Health Nursing*. London: Security Press.
- Cassandra, O. (1998). *Enfermagem Pediátrica contemporânea*. Lusociência. Lisboa
- Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE. (2017). Relatório e Contas (p. 57). Recuperado de: <http://www.chln.pt/media/k2/attachments/administracao/Relatorio%20e%20Contas%202017.pdf>
- Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE. (2018). Recuperado de: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-de-lisboa-norte-epe/>
- Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE Recuperado de: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-lisboa-central-epe/>
- Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE. (2018). Recuperado de: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-lisboa-central-epe/>
- Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE - Site Institucional - Missão e Valores. (2018). Recuperado de: <http://www.chln.min-saude.pt/index.php/o-chln/missao-e-valores>
- Concelho Internacional de Enfermeiros (2016). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE)*. Versão 2.0. Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 978-92-95094-35-2
- Cordeiro, M. & Leite, T. (2012). Reeducação Funcional Respiratória em Pediatria. In Cordeiro, MC & Menoita, E (Eds). *Manual de boas práticas. Reabilitação Respiratória*. 321-352. 1ª Ed. Lisboa: Lusociência
- Cordeiro, M.C., Menoita, E. & Mateus, D. (2012). Limpeza das vias aéreas: conceitos, técnicas e princípios. *Journal of Aging & Innovation*, 1 (5): 30-44
- Cordeiro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (2012). *Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória*. Lusociência: Loures
- De Vries, U., & Petermann, F. (2008). Asthma management: what impact does knowing about estoma have on the ability of patients to self-manage the disease? *Deutch Med Wo-chenschr*, p. 139-143
- Decreto-Lei n. 115/2013 de 7 de agosto do Ministério da Educação e Ciência. Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário Da República*, 1.ª Série (N.º 151). Recuperado de: <https://dre.pt/application/file/a/498425>

- Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro. Diário da República n.º 184/2009, Série I, 6761 – 6765. Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/490413>
- Decreto-Lei N.º 44/2012 de 23 de janeiro do Ministério da Saúde. Recuperado de: <http://www.chlc.min-saude.pt/content.aspx?menuid=499>
- Decreto-Lei n.º 63/2016. (2016). Graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1.ª série, n.º 176, de 13 de setembro de 2016, 3174-3177
- Decreto-Lei nº 50/2007 de 28 de fevereiro. Diário da República nº 42 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa (2007). Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/470071>
- Deis, J. N., Spiro, D. M., Jenkins, C. A., Buckles, T. L., & Arnold, D. H. (2010). Parental knowledge and use of preventive asthma care measures in two pediatric emergency departments. *Journal of Asthma*, 47, 551-556
- Delaney A., Shroeder L. M. & Baker A. (2014). A criança com disfunção cardiovascular. In: In M. Hockenberry & D. Wilson, Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente (9th ed., p. 1464-1466). Loures: Lusociência.
- Despacho nº 3618-A/2016 de 10 de março. (2016). Diário da República 2ª Série -Nº 49. Lisboa: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Recuperado de: <https://dre.pt/application/file/73833787>
- Direção Geral da Saúde (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: CIF. Lisboa: Organização Mundial de Saúde
- Direção Geral da Saúde (2012b). Abordagem e controlo da asma. Lisboa: Ministério da Saúde
- Direção Geral da Saúde (2014). Tratamento e seguimento da fibrose quística. Recuperado de: <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/publicacoes.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2013). Portugal – doenças respiratórias em números 2013. Programa Nacional para as doenças respiratórias. Lisboa: Ministério da Saúde
- Direção-Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. Boas Práticas e Orientações para o Controlo da Asma no Adulto e na Criança. 2ª edição. Lisboa. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/boas-praticas-e-orientacoes-para-o-controlo-da-asma-no-adulto-e-na-crianca-2-edicao.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2008). Manual de boas praticas na asma. Lisboa, Portugal;
- Direcção-Geral da Saúde (2010). Orientações Técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Circular Normativa n.º 014/2010. Recuperado de: <https://pt.scribd.com/document/289543623/NormaDGS-Dor-Crianca>

- Direcção-Geral da Saúde, Lisboa (DGS, 2015) diagnóstico e tratamento da bronquiolite aguda em idade pediátrica. recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0162012-de-19122012.aspx>
- Documento Planeamento do Relatório (2018-2019), Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação - Planeamento: “Relatório”. [Em linha]. Setúbal: Escola Superior de Saúde
- Fernandes, V. (2018). Contributo do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria na promoção da parentalidade - famílias com crianças com cardiopatia congénita. Mestrado ESEL
- Ferreira S, Sant’Anna CC, March MFBP, Santos MARC, Cunha AJLA (2014). Lethality by pneumonia and factors associated to death. J Pediatr (Rio J). 90(1):92-7
- Ferreira, F., Marchionatti, A., Oliveira, M. & Praetzel, J. (2010). Associação entre a duração do aleitamento materno e sua influência sobre o desenvolvimento de hábitos orais deletérios. RSBO. Revista Sul-Brasileira de Odontologia, 7 (1), 35-40. Recuperado de: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rsbo/v7n1/a06v7n1.pdf>
- Ferro, José (2005) - Reflexão Estratégica no HSM: Planeamento e Acção in Santa Maria – Notícias. Lisboa. Ano 1, nº1 (janeiro/fevereiro/março 2005), p.11-15
- Feudtner C, Christakis DA, Connell F. (2000). Pediatric deaths attributable to complex chronic conditions: a population-based study of Washington State, 1980–1997. Pediatrics:106(1):205–209
- Fragata, José et al (2009) – Procedimentos em Cirurgia Cardiorácica. 1ª Ed. Lisboa: Lidel
- Frederico, Manuela; Leitão, Maria dos Anjos – Princípios de administração para enfermeiros. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 972-8485-09-3
- Glenn-Molalo, N. (2011). Alimentação e Deglutição. In: C. Hoeman S. P., Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Interpretação e Resultados Esperados Loures: Lusodidacta: 4ª Edição, 295-317
- Global Initiative For Asthma [GINA] (updated 2015). Global strategy for asthma management and prevention [em linha]. Recuperado de: http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2015_May19.pdf
- Gomes GC, Oliveira PK (2012). Vivências da família no hospital durante a internação da criança. *Rev Gaúcha Enferm*; 33(4):165-171
- Gosa M, Dodrill P. (2017). Pediatric dysphagia rehabilitation: considering the evidence to support common strategies. Perspectives of the ASHA special interest groups. Sep. 20(13):27–35

- Guimarães N. M, Freitas A. C. & Morais L. (2018). Bronquiolite Aguda. In Afonso et al, Saúde Infantil e Juvenil. Manual Prático. Lisboa: Lidel: 1.ª Edição, 133-138
- Habel. M. L. 2011. Educação do doente e da família orientada para resultados. In Enfermagem de reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados. Homen, S.P. (pp.61-72). 4ª Ed. Lusodidacta. Loures;
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). Wong: Enfermagem da criança e do adolescente (9ª Edição). Loures: Lusodidacta
- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson, Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente (9th ed., p. 12). Loures: Lusociência.
- Hoeman, S., Lyszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade funcional nas atividades de vida diária. In Hoeman S. P., Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados. 4ª ed., 295-317. Loures: Lusodidacta
- Hospital de Santa Maria. (2018). Recuperado de: https://pt.wikipedia.org/wiki/Hospital_de_Santa_Maria
- Hospital Santa Marta – CH | Lisboa Central. (2018). Recuperado de: <http://www.chlc.min-saude.pt/hospital-santa-marta/>
- Hurst K (2002). Selecting and applying methods for estimating the size and mix of nursing teams
- InfoCEDI (2009). Humanização do atendimento da criança nos serviços de saúde. Boletim do centro de estudos e documentação sobre a infância do instituto de apoio à criança, 12. Lisboa: IAC. Disponível em: <http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/infocedi/infocedi12.pdf>
- Instituto de Apoio à Criança. Carta da Criança Hospitalizada. (2008). Recuperado de: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Instituto Politécnico de Setúbal. 2018-2019. Disponível em Planeamento Relatório - Mestrado -área Reabilitação dezembro - 2018.docx.pdf
- International Council of Nurses (2016 e 2004). Workload measurement in determining staffing levels. Geneva, Switzerland: Author
- Jackson-Brown F, Guvenir J. (2009). The experiences of children with learning disabilities, their carers and staff during a hospital admission. Br j learn disabil. 37:110-115
- Jain S, Williams DJ, Arnold SR, Ampofo K, Bramley AM, Reed C et al (2015). Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among U.S. children. N Engl J Med.372:835-45

- Kiche, M. & Almeida, F. (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista de Enfermagem*. 22(2). 125-130
- Lanza, F. C., Gazzotti, M. R., & Luque A. (2008) Fisioterapia Respiratória em Lactentes com Bronquiolites: realizar ou não? *O mundo de Saúde de São Paulo*. 32(2): 183-188. Recuperado de: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/59/183a188.pdf
- Latado, V. (2016). A Criança com Necessidade de Cuidados de Reabilitação. Cap. IV In: *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Longo do Ciclo de Vida*. 337. Lisboa
- Lima et al (2009) – A Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta: Quarenta Anos de História 1969-2009. Lisboa. Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital de Santa Marta
- Liu et al (2009). Asma Infantil. In R. M. Kliegman, Asma Infantil. In R. M. Kliegman, H. B. Jenson, & B. F. Stanton, *Nelson -Tratado de Pediatria*. Rio de Janeiro: Elsevier
- Lopes, M.V.O. & Araújo, T.L. (2007). Condutas de enfermagem para o cuidado à criança com infecção respiratória: validação de um guia. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20 (4): 458 – 463
- Malcato, M. (2017). A Pessoa submetida a cirurgia cardiorácica. Cap. IV In: *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Longo do Ciclo de Vida*. 1.º edição. 515-521. Lisboa: Lusodidacta
- Mano, M. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas. Predisposições dos enfermeiros e dos pais. *Referência*, (8), 53-55. Recuperado de: https://web.esenfc.pt/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=57&id_revista=5&id_edicao=14
- Marc, E., Garcia-Locqueneux, J. & Arrivé, J. (1995). Guia de métodos e Práticas em Formação. Lisboa: Instituto Piaget
- Matsuno, A. K. (2012). Insuficiência Respiratória Aguda na Criança. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 45(2), 168-184
- Meireles D., Lemos C., Alvares S. (2017). Saúde Infantil e Juvenil. Manual Prático. Capítulo 20 In: *Avaliação Cardíaca na criança e no adolescente*. 183-200. Lisboa: Lidel
- Meleis, A. (2010). Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista Enfermagem Referência*. 6. 113-121
- Mendes, M. (2012). Organização dos cuidados e a parceria com os pais em pediatria. Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Recuperado de: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/19940>

- Menoita, E.; Sousa, L.; Alvo, I. e Vieira, C. (2014). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusodidacta
- Ministério da Saúde (2017). Missão e Visão. Recuperado de: <http://www.chs.min-saude.pt/View.aspx?p=601>
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (2013). Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília. Recuperado de: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (2013). Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília. Recuperado de: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf
- Missão, Visão, Valores e Objetivos – CH | Lisboa Central. (2018). Recuperado de: <http://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/>
- Mizuno K. Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants. Journal of Human Lactation Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0890334418756813>
- Monterroso, José (2008). Um grande coração: manual da criança com doença cardíaca. 4ª ed. Lisboa: Gráfica Vilar do Pinheiro. Depósito Legal: 205468/04. 120
- National Institutes of Health (2002). Global strategy for asthma management and prevention. Recuperado de: <http://www.nih.gov/>
- Nousi, D. & Christou, A. (2010). Factors affecting the quality of life in children with congenital heart disease. Health Science Journal, 4(2), 94-100.
- Nunes, Lucília – O que queremos dizer quando falamos de Ética? Nursing nº 89, Lisboa, junho 1995, ISSN: 0871-6196
- Nussbaum, R. L., Roderick R. McInnes, Huntington F. Willard, & Thompson, A. H. M. W. (2016). Genetics in Medicine (8th ed.). Philadelphia: Elsevier
- Nuvem Vitória. (2019). Nuvem Vitória - Associação Nuvem Vitória - a Nuvem. [online] Recuperado de: <http://nuvemvitoria.pt/a-nuvem/>
- O'Brien, Patrícia – A Criança com disfunção cardiovascular. In Hockenberry, Marilyn; Wilson, David; Winkelstein, Marilyn (2006) - Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, Cap. 25
- Opperman, C. S. & Cassandra, K. A. (2001). Enfermagem Pediátrica Contemporânea. Loures: Lusociência

- Ordem dos Enfermeiros (2007). Consentimento Informado. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Guia Orientador de Boa Prática de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Cadernos OE - Série I, n.º 3). Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volumel.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (Cadernos OE - Série I, n.º 6). Ordem dos enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEE-SIP)
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/.../legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro>
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Dor 5º Sinal Vital. *Ordem dos Enfermeiros*
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://futuresenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of Practice, 6ª edição. St. Louis Mosby, St. Louis
- Otto D.; Almeida S. (2017). Desempenho da alimentação oral em recém-nascidos prematuros estimulados pela técnica treino de deglutição. *Audio l Commun Res.* 22:e1717:1-7
- Parreira, Pedro Miguel – Organizações (2005). Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-46-8
- Petronilho, F. (2007). Preparação do Regresso a Casa. Coimbra: Formasau e Saúde. Lda
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In C. Sousa, Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo do Ciclo de Vida (1st ed., pp. 3-14). Loures: Lusodidata.

- Pires AF, Santos BN, Santos PN, Brasil VR, Luma AA. (2015). A importância da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado de enfermagem. Rev Rede Cuid Saúde Recuperado de: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2533>;
- Piva, J.P., Garcia, P.C.R., Santana, J.C.B. & Barreto, S.S.M. (1998). Insuficiência Respiratória na Criança. Jornal de Pediatria, 74 (1): 99-112
- Portaria n.º 172/2011 de 27 de abril. Diário da República n.º 81/2011, Série I. Ministério da Saúde. Lisboa (2011). Recuperado de: <https://dre.pt/application/conteudo/287140>
- Portugal, Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde (2003) - A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor; circular normativa nº9/DGCG de 14/6/2003
- Postiaux, Guy (2004). Fisioterapia Respiratória Pediátrica: o tratamento guiado por ausculta pulmonar. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed.p.50
- Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* 4(3), 157–164. DOI: 10.12707/riv14081. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vse-rIVn3/serIVn3a18.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. 4744-4750
- Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro (2011) Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, N.º 35. (18-02-2011). 8658-8659
- Reis, J.R.G. (2011). Programa de reabilitação pulmonar na promoção da saúde de crianças com asma brônquica. Universidade França. (Dissertação de Mestrado). França (Brasil)
- Rodrigues e Felício (2017). Governação clínica e de saúde nos cuidados de saúde primários: perguntas e respostas essenciais (documento em progresso). Grupo técnico nacional da governação clínica e de saúde cuidados de saúde primários.Dez. 2017. Recuperado de: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/.../Governação%20Clinica%20e%20de%20Saúde.pdf>
- Rolim AAM, Guerra SSF, Tassigny MM (2008). Uma leitura de Vygotsky sobre o brincar na aprendizagem e no desenvolvimento infantil. Rev Humanidades;23(2):176-80.
- Ross RK, Hersh AL, Kronman MP, Newland JG, Metjian TA, Localio AR et al (2014). Impact of infectious diseases society of america/pediatric infectious diseases society guidelines on treatment of community-acquired pneumonia in hospitalized children. Clin Infect Dis. 2014;58(6):834-8
- Rothberg MB, Abraham I, Lindenauer PK & Rose DN (2005). Improving nursetopatient staffing ratios as a costeffective safety intervention. Medical Care

- Santos. A. (2018). *13º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. Organização Mundial de Saúde. Recuperado de: https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf
- Silva, A & Camillo, S. (2007). A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. *Rev Esc Enfermagem*. 41(3):403-10
- Simões, Sandra; PIRES, António; BARROCA, Ana. (2010) - Comportamento parental face à cardiopatia congénita. *Análise Psicológica*. Vol 28, nº 4. 619-630. ISSN 0870-8231
- Souto, S. (2016). A Criança com necessidade de cuidados de reabilitação. Cap. IV In: *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Longo do Ciclo de Vida*. 297-305. Lisboa: Lusodidacta
- Spielberg, D. R., & Clancy, J. P. (2016). Cystic Fibrosis and its management through established and emerging therapies. *Annual review of genomics and human genetics*, (0), 1–21. <http://doi.org/10.1146/annurev-genom-090314-050024>
- Stake RE. *Investigación com estudio de casos* (2007). 4ª ed. Madrid (ES): Ediciones Morata
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando- A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-70-7
- Tembo, A. C., Parker, V., & Higgins, I. (2013). The experience of sleep deprivation in intensive care patients: finding from a larger hermeneutic phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 310-316
- Testas, J. (2008). *Enfermagem de reabilitação no doente respiratório*. In Marcelino, P. ed.) – *Manual de Ventilação Mecânica do Adulto – Abordagem ao Doente Critico*. Loures: Lusociência. 163-190
- Trettene AS, Fontes CMB, Razera APR, Gomide MR (2016). Impact of promoting self-care in nursing workload. *Rev Esc Enferm USP* Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/0080-6234-reeusp-50-04-0635.pdf>
- Walsh, Czervinske & DiBlasi (2010). *Perinatal and Pediatric Respiratory Care*. (3.ª ed.). Missouri: Saunders Elsevier
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F. A. Davis Company
- Willson, D., Landrigan, C., Horn, S. e Smout, R. (2003). Complications in infants hospitalized for bronchiolitis or respiratory syncytial virus pneumonia. *The Journal of Pediatrics*. 143,5
- Wilson D. (2014). A Criança com alterações na realização de trocas gasosas. In M. Hokenberry & D. Wilson, Wong - *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed., pp. 1257-1298). Loures: Lusociência.

- Wray, j.; Maynard, l. (2004). Living with congenital or acquired cardiac disease in childhood: maternal perceptions of the impact on the child and family. *cardiology young*. cambridge university press. ISSN 1047-9511. nº15. 133-140
- Yin RK. (2010). Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman

Apêndice

Apêndice 1- Projeto de Estágio Final

Mestrado em Enfermagem em Associação Especialização em Enfermagem de Reabilitação

PROJETO DE ESTÁGIO FINAL

TÍTULO: PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM CRIANÇAS, JOVENS E FAMILIAS COM NECESSIDADES DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO

Enquadramento: O presente Projeto de Estágio Final surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final, do Curso de Mestrado Integrado em Associação em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Reabilitação, promovido pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. O desenvolvimento deste projeto, visa a realização do relatório de estágio final, que descreva o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, e competências de Mestre. O relatório será sujeito a discussão pública e posteriormente após aprovação será divulgado no repositório académico.

Na Unidade Curricular supracitada é exetável que o mestrando: avalie a funcionalidade e diagnostique alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade; implemente programas de treino motor, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; diagnostique, planeie, execute e avalie intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com problemas neurológicos, incluindo os de natureza traumática, ortopédicos e ortotraumatológico; capacite a pessoa com incapacidade, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; desenvolva programas de treino de atividades de vida diárias e de utilização de ajudas técnicas; realize a gestão de cuidados e projetos otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional e produza dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (Documento Planeamento do Estágio Final, 2018-2019).

Atendendo a que das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) faz parte a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação ao longo do ciclo da vida e nos diferentes contextos de cuidados (Regulamento nº125/2011), a área da Pediatria constitui o território da minha eleição e do meu maior interesse, onde quero adquirir e desenvolver competências em enfermagem de reabilitação e por isso pretendo desenvolver um projeto de intervenção relacionado com a “ *Promoção do Autocuidado em crianças, jovens e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação*”. Será centrado em ações de ensino e treino com o objetivo de promover a autonomia e a independência, agindo pelos princípios éticos do respeito, liberdade e dignidade humana, e pela liberdade da criança/jovem e ou dos seu familiar responsável, enquanto seres sociais, atores e

agentes das suas ações, visando reduzir a sua vulnerabilidade e risco de dependência, promover a sua funcionalidade e o autocuidado, através do desempenho das atividades em função do seu grau de satisfação e a sua capacidade de escolha (Orem, 2001). A linha de investigação na qual o projeto se insere é a segurança, qualidade de vida e autocuidado, especificamente relacionada com a criança/jovem e família. O Projeto supracitado será enquadrado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (2011).

Os estágios vão decorrer de 17 de setembro de 2018 a 13 de janeiro de 2019 no [REDACTED], [REDACTED], Serviço de Cardiologia Pediátrica e no [REDACTED], [REDACTED] Pneumologia Pediátrica.

Neste sentido, a promoção do autocuidado é uma problemática pertinente e atual para abordar em contexto dos estágios. O objetivo geral do projeto que tracei foi contribuir para a capacitação da criança/jovem e família com necessidades de cuidados de reabilitação através da transferência de conhecimentos e do treino relativamente às atividades dos cuidados.

Problemática: De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) uma das competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação é cuidar das pessoas com necessidades especiais, promover a sua qualidade de vida e a capacidade para o autocuidado, minimizar as suas incapacidades e desenvolver o seu potencial (OE, 2011). Esta competência também vai de encontro a que Hoeman (2011) preconiza para a enfermagem de reabilitação em crianças que é permitir que se desenvolvam e cresçam enquanto crianças e acima de tudo prevenir complicações decorrentes da sua condição de saúde. De acordo com Latado (2016), são diversas as condições que provocam incapacidade à criança e ao jovem e que despojam a recorrência aos serviços de saúde. Na função respiratória, a asma (crónica) e a bronquiolite aguda (aguda) são as causas com maior impacto na saúde das crianças e famílias e requerem intervenções específicas do EEER. Relativamente à função motora, a lesão medular (adquirida) e a paralisia cerebral (congénita) constituem-se como as condições que causam maior incapacidade à criança (Latado, 2016).

Quando abordadas as situações de saúde que em pediatria requerem reabilitação ressaltam as decorrentes de situações congénitas (ex. espinha bífida), doença crónica (ex. doença hematológica e cardíaca), incapacidade de desenvolvimento (ex. paralisia cerebral), problemas de prematuridade (ex. displasia broncopulmonar), e outras patologias como as doenças neuromusculares e situações decorrentes de incapacidades adquiridas, como é o caso da incapacidade por acidente vascular cerebral (AVC) e outras doenças do foro neurológico ou traumático (Hoeman, 2011).

A enfermagem de reabilitação, em crianças e jovens implica o conhecimento das fases de desenvolvimento destes. A enfermagem de reabilitação fornece apoio educativo e intervém na orientação e treino (Pires et al, 2015) de quem necessita de cuidados. Para além do ensino sobre os cuidados, o enfermeiro e a equipa multiprofissional devem supervisionar e se certificar de sua eficácia (Trettene et al, 2016). Além disso as intervenções, como a promoção do autocuidado devem de ter como objetivo a continuidade dos cuidados e a reintegração da criança na família e na comunidade (Latado, 2016). A família é tida como elemento colaborador no processo de cuidados e de suporte da criança, assim deve-se atender sempre à diáde (Latado, 2016).

Do ponto de vista teórico mobilizarei as teorias de Orem (2001) bem como os seus requisitos para o autocuidado. A este propósito, Orem define “autocuidado” como o desempenho ou a prática de atividades que as pessoas realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. A opção por esta teórica de enfermagem

parece-me pertinente, pois Orem possibilita-nos a identificação das necessidades e recursos da pessoa para o desenvolvimento do autocuidado. Na linha de ideias da teoria de Orem, habitualmente adultos cuidam de si próprios. No entanto, bebés e crianças necessitam ser assistidos (Orem, 2001). Assim, a enfermagem de reabilitação através dos cuidados desenvolvidos pelos Enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER) proporciona ações de autocuidado, que incluem, por exemplo, as relacionadas com défices da oxigenação ou alimentação. Entre as intervenções realizadas, estão a assistência direta ao lactente, orientação e treino à pessoa de referência (Trettene et al, 2016). A capacidade para o autocuidado consiste em habilidades a serem adquiridas para o efetivo cuidado da criança. Esta diretamente relacionada a fatores condicionantes básicos, como idade, experiência de vida e fatores socioculturais. Além disso, é necessário que a pessoa de referência se envolva e queira realizar as ações (Pires et al, 2015). Assim defini como objetivos específicos deste projeto de intervenção os seguintes:

Objetivos específicos: Identificar no momento da admissão quais os conhecimentos e capacidades que a criança/jovem e família demonstram relativamente às atividades dos cuidados; Identificar quais as atividades de autocuidado que necessitam de mais ensino e treino; Desenvolver um plano de intervenção direcionado ao ensino e treino de cuidados na criança/jovem e família; Descrever as atividades de enfermagem que mais concorrem para o desenvolvimento das capacidades de autocuidado na criança/jovem e família com necessidades de cuidados de reabilitação; Avaliar no momento da alta, os conhecimentos e capacidades adquiridas relativamente às atividades de cuidados.

Atividades pretendidas: As atividades/intervenções em enfermagem de reabilitação pretendidas (sempre realizadas com a supervisão do EEER orientador do serviço) serão realizadas de acordo com os objetivos específicos delimitados de acordo com cada contexto de estágio. **(APÊNDICE I)**

1. Plano

Metodologia: Trata-se de um trabalho investigação/ação de características exploratórias e descritivas centradas nas estratégias de estudo de casos. Os casos de crianças/jovens e famílias com défices de autocuidado a quem prestarei cuidados de enfermagem de reabilitação a partir das necessidades de autocuidado identificadas identificar as necessidades de autocuidado. Posteriormente implementarei planos de cuidados concretos orientados para resultados desenvolvidos com a supervisão clínica de um enfermeiro especialista. Por último procederei à análise, tratamento e reflexão sobre a informação obtida e sobre os resultados da minha intervenção sob a forma de um relatório final.

Instrumentos de colheita de dados: Avaliação inicial da criança/jovem e família com necessidade de cuidados de reabilitação através de entrevista e realização de entrevistas individuais no momento da alta com aplicação da Escala Therapeutic self-care traduzida (Escala de avaliação do autocuidado terapêutica adaptada da Versão portuguesa do Therapeutic Self-care 12, desenvolvida por Diane Doran e validada para a população portuguesa por Cardoso, Queirós, Ribeiro e Amaral (2014)) **(APÊNDICE II)**.

População-alvo: Crianças, jovens e respetivo familiar de referência internados no serviço de cardiologia pediátrica do [REDACTED] e serviço de pneumologia pediátrica do [REDACTED] com alterações na funcionalidade e comorbilidades associadas, que necessitem cuidados de enfermagem de reabilitação.

Critérios de inclusão dos participantes:

- Tipo de Participantes: Crianças e Jovens, dos 0 aos 18 anos de idade e familiar de referência;
- Tipo de Intervenção (ões) ou fenómenos de interesse: autocuidado, necessidades de cuidados de reabilitação, reabilitação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, promoção da saúde.

- c. Resultados: Capacitação da criança/jovem e familiar de referência com necessidades de cuidados de reabilitação.
- d. Tipo de estudos: Estudos empíricos que incidam sobre a promoção do autocuidado em crianças/jovem e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação.

Critérios de exclusão:

Artigos não-empíricos e artigos empíricos que não abordem a promoção do autocuidado em crianças/jovem e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação e Estudos de prevalência.

Previsão de tratamento da informação: a informação de natureza quantitativa será tratada com o programa de análise estatística, Statistical Package for the Social Sciences, SPSS, versão 24, analisada numa perspetiva reflexiva.

Considerações éticas: A redação deste relatório assenta em diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem, como alude Nunes (2013), sendo enumerados os princípios éticos da beneficência, avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade, tais como o respeito pelos direitos dos intervenientes no estudo que deverão ser salvaguardados. O atual projeto será submetido à apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLC, EPE para avaliação e confirmação de que todos os direitos dos participantes são salvaguardados, nomeadamente o direito do utente de receber toda a informação acerca do estudo, qual a finalidade e objetivos do mesmo. Aos participantes e/ou familiares, serão explicados os objetivos do projeto e dadas garantias relativamente ao anonimato e à confidencialidade dos dados. Se for esse o entendimento da comissão de ética a identidade dos hospitais e das unidades de cuidados serão também salvaguardadas. Também, serão explicados os procedimentos associados ao tratamento e armazenamento dos dados, bem como a possibilidade da recusa ou interrupção da participação.

2. Cronograma do Projeto Final de Estágio (APÊNDICE III)

3. Referências bibliográficas

- Cardoso, A.F., Queirós, P., Ribeiro, C.F. & Amaral, A. (2014). Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Therapeutic Self-Care Scale. *International Journal of Caring Sciences*, 7(2), 426-435. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/267267791_Cultural_Adaptation_and_Psychometric_Properties_of_the_Portuguese_Version_of_the_Therapeutic_Self-Care_Scale.
- Documento Planeamento do Estágio Final (2018-2019), Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação - Planeamento: "Estágio Final". [Em linha]. Setúbal: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal. 2018-2019. [Consult. 15 setembro 2018]. Disponível em Planeamento Estágio Final - Mestrado -a area Reabilitação setembro - 2018.docx.pdf;
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta;
- Latado, V. (2016). A Criança com Necessidade de Cuidados de Reabilitação. Cap. IV In: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Longo do Ciclo de Vida. 337. Lisboa: Lusodidacta;
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. Setúbal. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby;
- Pires AF, Santos BN, Santos PN, Brasil VR, Luma AA. A importância da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado de enfermagem. *Rev Rede Cuid Saúde* [Internet]. 2015[cited 2016 May 5];9(2):1-4. Available from: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2533>;
- Regulamento nº 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011) Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República II Série*, Nº 35. (18-02-2011). 8658-8659.
- Trettene AS, Fontes CMB, Razera APR, Gomide MR. Impact of promoting self-care in nursing workload. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016[cited 2017 Mar 01];50(4):633-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/0080-6234-reeusp-50-04-0635.pdf>.

Apêndice 2 - Cronograma do Estágio Final

| Fases | | Atividades | Ano 2018 | | | | | | | | Ano 2019 | | | | | |
|------------------|-------------------------|---|---|-------|---------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | | | Setembro | | Outubro | | Novembro | | Dezembro | | Janeiro | | Fevereiro | | Março | |
| | | | | 17-30 | 1-15 | 16-31 | 1-15 | 16-30 | 1-15 | 16-31 | 1-15 | 16-31 | 1-15 | 16-28 | 1-15 | 16-31 |
| Estágio II e III | Diagnóstico da Situação | Apresentação do Projeto de Estágio | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Pedido de autorização às comissões de ética para realização do estudo | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Autorização das comissões de ética | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Identificação das necessidades de intervenção e análise da problemática | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Colheitas de dados | | | | | | | | | | | | | | |
| | Planejamento | Definição do protocolo de intervenção | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Elaboração de cronograma de atividades | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Registro das atividades desenvolvidas | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Reunião de estágio | Quando necessário ou solicitado pelo Orientador/tutor/aluno | | | | | | | | | | | | | |
| | Avaliação | Aplicação de escalas através de entrevistas e outros instrumentos de recolha de dados para avaliação de resultados das intervenções | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Revisão Sistemática da Literatura | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Execução /Redação do relatório final | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Entrega do relatório final de estágio | | | | | | | | | | | | | | |

Apêndice 3 - Folha de registo de Reabilitação Funcional Respiratória



ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: GUIA PARA COLHEITA DE DADOS

(Apreciação/Avaliação da criança/jovem utilizando o Modelo do Autocuidado)

Data:

Dados Pessoais

Dados Antropométricos

Nome:

Peso (Kg): Percentil (peso):

Data de Nascimento:

Altura (cm): Percentil (altura):

Idade:

Perímetro abdominal:

Sexo:

IMC: Percentil (IMC):

Centro de Saúde:

Agregado familiar:

Pessoa significativa:

Antecedentes Pessoais/História Atual de Saúde - (Requisitos de Autocuidado por desvio de saúde)

- Diagnóstico (s):
- Motivo de Internamento:
- Internamentos anteriores/cirurgias, anteriores:
- Terapêutica prescrita:
- Motivo de Inclusão no Plano de Reabilitação:

Exame Neurológico

- Estado de consciência:
- Estado de orientação:
- Atenção/Concentração:
- Memória:
- Linguagem:
- Capacidades práticas:
- Negligência hemiespacial unilateral:
- Avaliação dos pares cranianos:

Avaliação Funcional

| Escala | Score |
|---------------------------|-------|
| Braden Q Pediátrica | |
| Escala de Borg Pediátrica | |

| | | Data | | Data | | Data | |
|--|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Exame Objetivo | | | | | | | |
| Sinais Vitais | | Início | Fim | Início | Fim | Início | Fim |
| TA | | | | | | | |
| FC | | | | | | | |
| FR | | | | | | | |
| SpO2 | | | | | | | |
| Dor (NIPS, FLACC, Numérica) | | | | | | | |
| Pele (Integra/Solução continuidade/Úlcera/Edema) | | | | | | | |
| Cianose (Sem/Central/Periférica) | | | | | | | |
| Pulsos centrais | | | | | | | |
| Pulsos periféricos | | | | | | | |
| Tosse (Eficaz/Não eficaz) | | | | | | | |
| Expetoração (Sim/Não) | | | | | | | |
| Quantidade (Abundante/Moderada/Escassa) | | | | | | | |
| Hipocratismo Digital (Sim/Não) | | | | | | | |
| Ritmo Respiratório (Regular/Irregular) | | | | | | | |
| Tiragem | | | | | | | |
| Padrão Respiratório (Costal, Diafragma, Misto, Paradoxal) | | | | | | | |
| Amplitude (Superficial/Profunda) | | | | | | | |
| Precursão (Macicez, Som claro pulmonar, Timpanismo) | | | | | | | |
| Palpação | | | | | | | |
| Traqueia (linha média/desvio) | | | | | | | |
| Tórax (simétrico/assimétrico) | | | | | | | |
| Elasticidade (Mantida/Não mantida) | | | | | | | |
| Vibrações vocais (Mantida/Não mantida) | | | | | | | |
| Auscultação Pulmonar | | <i>D</i> | <i>E</i> | <i>D</i> | <i>E</i> | <i>D</i> | <i>E</i> |
| Murmúrio vesicular (Mantido, Diminuído, Abolido) | 1/3 Sup | | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| | 1/3 Inf | | | | | | |
| Murmúrio vesicular simétrico | 1/3 Sup | | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| Ruídos adventícios (Roncos Crepitações, Sibilos, Fervores) | 1/3 Sup | | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| | 1/3 Inf | | | | | | |
| Notas de Enfermagem | | | | | | | |

Reabilitação Funcional Respiratória

| | Data | Data | Data | Data |
|---|------|------|------|------|
| | | | | |
| Posição de Descanso e Relaxamento | | | | |
| Controlo e Dissociação dos Tempos Respiratórios | | | | |
| ▪ Expiração com os lábios semicerrados | | | | |
| ▪ Respiração Diafragmática | | | | |
| Reeducação Diafragmática | | | | |
| ▪ Porção anterior do Diafragma | | | | |
| ▪ Porção Posterior do Diafragma | | | | |
| ▪ Hemicúpula Diafragmática Direita | | | | |
| ▪ Hemicúpula Diafragmática Esquerda | | | | |
| ▪ Reeducação Diafragmática com Resistência | | | | |
| Reeducação Costal | | | | |
| ▪ Reeducação Costal Global | | | | |
| ▪ Reeducação Costal Seletiva | | | | |
| Mecanismos de Limpeza das Vias Aéreas | | | | |
| ▪ Drenagem Postural Modificada | | | | |
| 1. Lobo Superior | | | | |
| 2. Lobo Médio/Língua | | | | |
| 3. Lobo Inferior | | | | |
| ▪ Manobras Acessórias | | | | |
| 1. Vibração | | | | |
| 2. Compressão | | | | |
| 3. Percussão | | | | |
| Ensino da Tosse (Dirigida, assistida, com contensão da Sutura) | | | | |
| CATR (Respiração abdominodiafragmática+expansão torácica+TEF) | | | | |
| Espirometria de Incentivo | | | | |
| Flutter/Acapella | | | | |
| Terapêutica de Posição | | | | |

Apêndice 4 – Escala de Avaliação do Autocuidado Terapêutica e Autorização

Versão portuguesa do Therapeutic Self-care 12, desenvolvida por Diane Doran e validada para a população portuguesa por Cardoso, Queirós, Ribeiro e Amaral (2014)

Este instrumento engloba 12 perguntas que se referem a um aspeto dos cuidados que tem face à situação atual de saúde da criança/jovem e família com necessidades de cuidados de reabilitação. Deve escolher o número mais adequado entre 0 e 5. O 0 corresponde a “não sei” ou “não consigo” e o 5 corresponde a “sei” ou “consigo”.

| | Atividades dos Cuidados | 0-----5 | | | | | |
|-----------|--|-------------------------------|---|---|---|-----------------------|---|
| | | Não sei ou não consigo | | | | Sei ou consigo | |
| 1 | Sabe quais os medicamentos que tem de tomar/administrar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Sabe para que servem os medicamentos prescritos (conhece os efeitos secundários no seu estado de saúde e/ou do seu filho/a)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | É capaz de tomar a medicação da maneira que lhe foi ensinada? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Consegue identificar alterações no seu corpo (sintomas)/no seu filho/a relacionados com a doença? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Conhece a razão pela qual existem algumas alterações no seu corpo e/ou do seu filho/a (sintomas) relacionados com a doença ou estado de saúde (cirurgia, tratamentos)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Sabe e compreende o que deve fazer (implementar ações) para controlar essas alterações (sintomas) do seu corpo e/ou corpo do filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | É capaz de realizar os tratamentos ou as atividades que lhe foram indicadas para gerir estas alterações no seu corpo e/ou corpo do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | É capaz de fazer coisas ou atividades para cuidar de si próprio/do seu filho/a e preservar a sua saúde de uma forma geral? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Sabe quem deve contatar para solicitar ajuda na realização das suas atividades de vida diárias e/ou do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Sabe quem deve contatar caso exista uma agudização do seu estado de saúde e/ou do seu filho/a? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | É capaz de realizar atividades normais (tomar banho, comer sozinho, brincar)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | É capaz de ajustar as suas atividades normais quando sofre alterações no seu corpo (sintomas) relacionadas com a doença ou o estado de saúde? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



Pedido de autorização para aplicabilidade de escala

Ana Filipa Cardoso <cardoso.anafilipa@gmail.com>

Para: Tânia Sofia Santos <enf.tanias@gmail.com>

Cc: António Fernando Amaral <amaral@esenfc.pt>

Cara Senhora Enfermeira Tânia Ribeiro,

Agradecemos o seu contacto.

Enviamos o Instrumento de Autocuidado Terapêutico (versão portuguesa) que poderá usar no seu estudo, bem como as instruções para a aplicação. Outra informação que consideramos ser relevante é informar que o nosso estudo foi desenvolvido em adultos com doença crónica.

Desejamos as maiores felicidades para o seu trabalho e esperamos conhecer os resultados do seu trabalho em breve.


Cordiais cumprimentos,

Atentamente,

Ana Filipa Cardoso

[Citação ocultada]

2 anexos

 **TSC paper.pdf**
107K

 **1. Versão portuguesa da Escala de Autocuidado Terapêutico 2014.pdf**
303K

Apêndice 5 - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

PARTE INFORMATIVA

1. Título do Projeto

“Promoção do Autocuidado às Crianças, Jovens e Famílias com Necessidades de Cuidados de Reabilitação”

2. Descrição do projeto, sua natureza e objetivos

Trata-se de um Projeto no âmbito da unidade curricular (UC) de Estágio Final, do Curso de Mestrado Integrado em Associação em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Reabilitação, promovido pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Este projeto apresenta como objetivo geral contribuir para a capacitação da criança/jovem e família com necessidades de cuidados de reabilitação através da transferência de conhecimentos e do treino relativamente às atividades dos cuidados.

Consiste num instrumento que engloba 12 perguntas que se referem a aspetos dos cuidados que tem face à situação atual de saúde da criança/jovem e família com necessidades de cuidados de reabilitação. Deve escolher o número mais adequado entre 0 e 5. O 0 corresponde a “não sei” ou “não consigo” e o 5 corresponde a “sei” ou “consigo”.

3. Benefícios

- Aumento do conhecimento sobre as necessidades de cuidados;
- Autonomia para autogestão da doença/necessidade de reabilitação do problema de saúde do próprio e/ou do seu filho/a;
- Capacidade para cuidar do problema de saúde do próprio e/ou do seu filho/a;
- Diminuição da dependência nos autocuidados;
- Diminuição da necessidade de recorrência aos serviços de saúde.

4. Riscos graves e riscos frequentes

Não existe qualquer risco, com este instrumento de colheita de dados, pretende-se a extração de dados anonimizados, isto é, sem qualquer tipo de informação que identifique qualquer interveniente. Os dados serão recolhidos com recurso do preenchimento da escala do autocuidado terapêutico adaptada ao objeto de estudo.

Os instrumentos de recolha de dados não incluem dados que permitam identificar a pessoa, garantindo assim o seu anonimato. Os instrumentos preenchidos serão de acesso exclusivo do investigador e professora orientadora, os seus dados serão utilizados apenas para fins académicos e de investigação e a sua análise será sempre em grupo. Após o prazo definido, todos os registos serão eliminados.

PARTE DECLARATIVA DO PROFISSIONAL

Confirmando que todos os direitos dos participantes são salvaguardados, nomeadamente o direito do utente de receber toda a informação acerca do estudo, qual a finalidade e objetivos do mesmo.

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Expliquei que pode pedir para interromper ou mesmo desistir, caso sinta necessidade ou vontade de o fazer, sem que daí advenha qualquer prejuízo no contexto da sua assistência clínica. Informei que para conforto e respeito da sua privacidade, os dados que me irá fornecer, permanecerão confidenciais e anónimos.

Nome legível do profissional de saúde: [Tânia Sofia Marques dos Santos Ribeiro]

Data .../.../... Assinatura, número de cédula profissional ou número mecanográfico (se não aplicável a primeira disposição)

Unidade de Saúde:

Contato institucional do profissional de saúde

À PESSOA/REPRESENTANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

PARTE DECLARATIVA DA PESSOA QUE CONSENTE

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado.

Nome: _____

.../.../... (data) Assinatura
...

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

NOME:

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º

DATA OU VALIDADE: / /

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo/estudo e outra para ficar na posse de quem consente.

Apêndice 6 - Folha Registo de Crianças/Jovens

| Data de Internamento | Letra | Consentimento Informado | Sexo | Idade | Diagnóstico | Motivo para integrar MFR | Necessidade de Autocuidado | Intervenções de Reabilitação |
|-----------------------------|--------------|--------------------------------|-------------|--------------|--------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Apêndice 7 - Plano de Cuidado – Criança Caso A

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE



ES
Escola
Superior
Saúde
IPPortalégua



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular: Estágio Final da Especialidade com Mestrado Integrado em
Enfermagem de Reabilitação

Plano de Cuidados I

Centro Hospitalar Lisboa Central E.P.E

Serviço de Cardiologia Pediátrica

Setúbal, outubro de 2018

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE BEJA
Escola Superior
de Saúde



ES
Escola
Superior
de Saúde
IPortalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular: Estágio Final da Especialidade com Mestrado Integrado em
Enfermagem de Reabilitação

Plano de Cuidados I

ORIENTAÇÃO:

Docente Regente:

Professora Eugénia Grilo

Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Instituto Politécnico de Castelo Branco

Tutor Ensino Clínico:

Enf.^a Especialista em Reabilitação Isabel Guerreiro

Serviço de Cardiologia Pediátrica

Discente:

Tânia Santos Ribeiro, n.º 170531085

Setúbal, outubro de 2018

SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

CIA – Comunicação Interauricular

CIV – Comunicação Interventricular

ER – Enfermeiro Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FC – Frequência cardíaca

FR – Frequência respiratória

ICC – Insuficiência Cardíaca Congénita (ICC).

LA – Leite Adaptado

MAC – Maternidade Alfredo da Costa

PC – Plano de Cuidados

RFM – Reabilitação Funcional Motora

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

SpO2 – Saturações periféricas de Oxigénio

SNG – Sonda Nasogástrica

UC – Unidade Curricular

ÍNDICE

| | |
|---|-------------------------------------|
| SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS | xxv |
| INTRODUÇÃO | xxvii |
| Estudo de Caso | xxviii |
| 1.1 História Clínica | xxviii |
| 1.2 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação | xxx |
| 2. Conceptualização da patologia Cardíaca | xxxi |
| 3. Diagnósticos de enfermagem de reabilitação | xxxii |
| 4. Plano de Cuidados com CIPE | Erro! Marcador não definido. |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | xxxvi |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELECTRÓNICAS | xxxvii |

INTRODUÇÃO

O presente trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final de Enfermagem de Reabilitação do Mestrado em Enfermagem em Associação do ano letivo 2017/18 a decorrer no serviço de Cardiologia Pediátrica do [REDACTED], E.P.E, apresenta como objetivo principal aprofundar os conhecimentos teóricos, científicos e práticos, de forma a poder elaborar um plano de cuidados de enfermagem em reabilitação, evidenciando a importância da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) perante a criança com necessidades de cuidados de reabilitação. Este plano de cuidados pretende dar resposta a um dos objetivos específicos delineados no meu projeto de estágio final “Desenvolver um plano de intervenção direcionado ao ensino e treino de cuidados na criança/jovem e família” e assim contribuir para a promoção do autocuidado à criança/jovem e família com necessidades de cuidados de reabilitação.

Este trabalho tem como referencial teórico a teoria de Autocuidado de Dorothea Orem (2011), esta fornece os instrumentos necessários para a promoção do autocuidado em cada intervenção, permitindo a capacitação dos pais como agentes do autocuidado dependente e facilitando a aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Para a realização do trabalho recorrendo à linguagem da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e ao Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem.

Respeitando todos os aspetos éticos e legais, a colheita de informação, avaliação, planeamento de cuidados e intervenção, correspondeu a 2 dias (24 e 25 de setembro de 2018).

A metodologia para a realização do plano de cuidados será de carácter descritivo, baseou-se no acompanhamento da situação clínica, dos registos e pela consulta do processo clínico, conduzindo a uma descrição do caso em questão e às intervenções de Enfermagem de Reabilitação associadas aos diagnósticos de enfermagem levantados.

Inicialmente é apresentado o estudo de caso, de seguida uma breve conceptualização da patologia cardíaca da cliente, posteriormente vão ser levantados os diagnósticos de enfermagem (após identificação e apreciação dos Requisitos Universais de Autocuidado), o plano de cuidados de enfermagem em reabilitação e por último as considerações finais.

ESTUDO DE CASO

▪ Apreciação Utilizando o Modelo do Autocuidado

Nome: S.

Data de Nascimento: 16/05/2018: 4 meses de vida, 77 dias de idade corrigida.

Agregado Familiar: Pai, Mãe e 1 irmã (gémea)

Pessoa Significativa no Internamento: Pai

Morada: Montijo

Data de Internamento Serviço Cardiologia Pediátrica: 24 de setembro de 2018

Motivo de Internamento: Cardiopatia congénita complexa: Comunicação Interventricular (CIV), moderada a grande, Comunicação Interauricular (CIA) Ostium secundum (OS) pequena e Insuficiência cardíaca congénita (ICC).

1.1 História Clínica

(Requisitos de Autocuidado por desvio de saúde)

A S. é uma recém-nascida prematura que nasceu na Maternidade Alfredo da Costa (MAC) em Lisboa a 16/05/2018 de uma gestação gemelar (2.º gémea) de 32 s + 5 d e 1470Kg de peso. O parto ocorreu com complicações, sendo necessário a entubação orotraquealmente e ventilação em pressão contínua desde o primeiro minuto de vida. Posteriormente a S. ficou com ventilação mecânica na sala de partos e depois já com ventilação espontânea com oxigénio por óculos nasais a 3l/min foi transportada em incubadora para Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do mesmo hospital.

Esteve internada no serviço de cuidados intensivos pediátricos de 16/05/18 a 27/05/2018. Posteriormente esteve em cuidados intermédio de 27/05 a 24/07/2018.

Através da consulta do diário clínico no dia 16 de maio, a S. apresenta como antecedentes de saúde, mãe com 34 anos, G2 P3, grupo sanguíneo A Rh positivo. Apresenta como diagnósticos pessoais de saúde: prematuridade (32 semanas e 5 dias); muito baixo peso ao nascer (1470 g); artéria umbilical única; hidropsia (derrame pleural bilateral; derrame pericárdico e ascite ligeira); higroma quístico cervical; doença das membranas hialinas I-II; pequeno derrame pleural à direita; fenótipo peculiar (pescoço curto, largo e "alado", mamilos afastados, ausência da falange distal do 5.ºdedo da mão esquerda e fosseta sacro coccígea); hipoplasia ligeira das fossas nasais com desvio esquerdo ligeiro do septo nasal; CIA OS pequena, CIV de entrada, moderada a grande com confirmação através de Ecocardiograma (CIV com IC); displasia broncopulmonar; hiperbilirrubinemia multifactorial; anemia multifatorial; conjuntivite com isolamento de *Serratia Marcescens*; dependência de oxigénio às 40 semanas; má evolução ponderal e ausência de autonomia alimentar.

No dia 24 de julho foi transferida da MAC para o serviço de cardiologia pediátrica do Hospital de Santa Marta. A lactente apresentava 67 dias de vida (15 dias de idade corrigida) e no diário clínico apresentava levantados pelo cardiologista os seguintes diagnósticos de saúde: cardiopatia congênita complexa, CIV de entrada, moderada a grande, CIA OS pequena e ICC.

Durante o internamento no serviço de cardiologia pediátrica, esteve sempre com MCR e oxímetro de pulso contínuo para vigilância dos parâmetros vitais e do traçado cardíaco. Apresentou como intercorrências a 12/09/18, quadro de dificuldade respiratória manifestado por estridor respiratório associado a taquicardia e polipneia (Fr de 70cpm) com tiragem global moderada e balanceio da cabeça, com SpO2 92-94%. Apresentou acessos de tosse ocasionais e apresentava secreções mucosas em moderada quantidade e sialorreia abundante com necessidade de aspiração. À auscultação pulmonar médica apresentava fervores. Foram administrados broncodilatadores e existiu uma melhoria clínica. Realizou análises de sangue, gasimetria arterial e RX com imagem sugestiva de condensação do LSD. Por apresentar um pico de febre de 38.7 °C (axilar) e por o supracitado iniciou antibiótico de forma empírica. A 14/09/18 repete análises e por manter PCR elevada, altera antibiótico de amoxicilina+ácido clavulânico para piperacilina + tazobactam, sendo medicada por uma suspeita de Infecção respiratória, Pneumonia de aspiração e/ou ITU.

No dia 23 e 24 mantém-se com MCR, traçado sinusal com necessidade de aporte de oxigénio a 1,5l/min por óculos nasais, mantém sonda nasogástrica para alimentação por seringa infusora com leite adaptado pepti júnior (85ml). Apresenta-se ligeiramente hipotensa, taquicardia com SpO2 entre 85%-92% em AA. Apresenta hipotonia extrema, cianose peribucal e sinais de dificuldade respiratória evidenciados por tiragem global. Manteve-se sempre na companhia dos pais durante o dia.

Exames auxiliares de diagnóstico realizados:

- Vários RX ao longo do internamento, último a 14/09/18;
- 16/05/2018: Ecografia transfontanelar;
- 16/05/2018: Ecocardiograma;
- 24/07/18: Ecografia transfontanelar;
- 29/08/18: Ecografia transfontanelar: **Resultado** (exame sem alterações major; a vasculite dos vasos perfurantes tálamo-estriados surge frequentemente em situações de anomalia congénita ou de restrição de crescimento intra-uterino)
- 25/9/18: Ecografia transfontanelar: **Resultado** (CIV, com regurgitação ligeira; CIV com extensão à entrada, grande, não restritiva; Hipertrofia do VD e Sem derrames).

Medicação realizada em Internamento:

- Hidroclorotiazida;
- Esomeprazol;
- Polivitaminico e suplemento de ferro oral;
- Furosemida;
- Espironolactona;
- Captopril;
- Broncodilatadores + corticoide inalado + aminofilina;
- Hidrato Cloral;
- Piperacilina + Tazobactam. A 24/9/18 a cumprir há 11 dias.

1.2 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

Colheita realizada a 25/09/18

Estado de consciência: Consciente e reativa. Alternou períodos de irritabilidade com períodos em que esteve calma.

Sinais Vitais: FC:165 bpm

FR: ± 35 cpm

Temp axilar: 36.8°C

TA: 75/40 mmHg

Oximetria: 88 – 98% (com Oxigénio a - 1,5l/min)

Ventilação: Espontânea com Oxigénio a - 1,5l/min

Padrão Respiratório: Respiração Abdominal, ritmo regular. Com tiragem supraesternal ligeira.

Auscultação Pulmonar: Fervores dispersos bilateralmente.

Inspeção Torácica (Estática): Tórax simétrico;

Radiografia torácica (14/09/18): “Hipo transparência no hemotórax direito, no lobo médio. Parênquima à esquerda com algum infiltrado”.

Cateter venoso periférico: Apresenta cateter venoso periférico no dorso da mão esquerda, por onde cumpre a medicação endovenosa, de seguida é administrado soro com heparina para manter a permeabilidade da via.

2. Conceptualização da patologia Cardíaca

Os defeitos cardíacos são classificados como cianóticos e acianóticos, indicando a presença ou não de coloração azulada da pele e das mucosas em virtude de oxigenação insuficiente do sangue, e outro baseado em características hemodinâmicas, como fluxo sanguíneo pulmonar aumentado ou diminuído, obstrução do fluxo sanguíneo fora do coração e fluxo sanguíneo misto. Entre as cardiopatias acianóticas mais frequentes estão a comunicação interventricular (CIV) e a comunicação interauricular (CIA) (Hockenberry & Wong,2014).

A comunicação interventricular (CIV) é um orifício (abertura) na parede (septo) entre os dois ventrículos e a comunicação interauricular (CIA) consiste de uma comunicação (buraco) no septo que separa as duas aurículas. Tratam-se de malformações cardíacas congênicas (de nascimento) (Hockenberry & Wilson,2014).

De uma forma sucinta, a CIV é um orifício no septo interventricular, que permite a passagem de sangue do Ventrículo esquerdo (VE) para o Ventrículo direito (VD) e para os pulmões. A maior parte das CIV são pequenas, não manifestam sintomas e encerram espontaneamente, não sendo necessário qualquer tratamento. Porém, as CIV grandes necessitam de tratamento pois permitem a passagem de grande quantidade de sangue para os pulmões provocando insuficiência cardíaca que se manifesta por cansaço a pequenos esforços, lenta progressão ponderal, falta de ar, sudorese aumentada e infecções respiratórias de repetição (Hockenberry & Wong,2014). Habitualmente, os sintomas melhoram a partir do sexto mês de vida e a cirurgia corretiva realiza-se às crianças que mantenham a CIV demasiado grande, que não tenha diminuído com o tempo, provocando sobrecarga no coração e pulmões (Monterroso J, 2008).

Relativamente à CIA, encerram espontaneamente, no entanto, as que persistem tornam-se bem toleradas a vida toda. Contudo, quando são grandes provocam dilatação do VD e da artéria pulmonar e conseqüentemente infecções respiratórias de repetição e dificuldade em ganhar peso. Estas situações devem ser tratadas para evitar alterações graves na circulação pulmonar, insuficiência cardíaca e arritmias na idade adulta ((Hockenberry & Wilson,2014).

3. Diagnósticos de enfermagem de reabilitação

(Após identificação e apreciação dos Requisitos Universais de Autocuidado)

| Requisitos de autocuidado Padrão habitual | Padrão habitual de Autocuidado | Défice de Autocuidado | Sistema de Enfermagem |
|--|--|--|--|
| Manutenção de inspiração de ar suficiente; | Apresenta história de dificuldade respiratória. Mantém dependência de oxigênio suplementar por ON. | - Déficit de trocas gasosas devido a patologia cardíaca. - Déficit de inspiração de ar suficiente por presença de secreções brônquicas. | Atuação do enfermeiro pelo sistema totalmente compensatório na realização de exercícios que permitam aumentar a capacidade ventilatória; |
| Manutenção de ingestão suficiente de água; | Não bebe água uma vez que faz leite adaptado. | Sem déficit. | |
| Manutenção de ingestão suficiente de alimentos; | Necessita de sonda nasogástrica para ingerir a alimentação; Faz leite adaptado a cada 3 horas. | - Déficit de autonomia alimentar. | Atuação do enfermeiro pelo sistema totalmente compensatório. |
| Promoção dos cuidados associados com a eliminação; | Urina na fralda várias vezes ao dia. Apresenta várias dejeções líquidas. Apresenta cólicas. | - Déficit no conforto relacionado com a eliminação por presença de cólicas intestinais. | Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório e apoio e ensino. |
| A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso: | A D. faz vários períodos de sono durante o dia. | Sem déficit. | |
| A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; | Interage com a mãe e o pai no momento em que procedem à mudança da fralda; acalma-se ao colo dos pais quando chora. | Sem déficit. | |
| A prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano; | Contato diário com os pais que estão em contato com a irmã e com outras crianças que frequentam o infantário. | - Risco de infecção respiratória pelo contato com crianças que frequentam infantário (que frequentemente apresentam episódios de coriza). | Atuação do enfermeiro pelo sistema educativo e de suporte. |
| A promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal. | - Pais aparentemente com déficit na percepção e prognóstico da doença da filha; - Lactente com doença cardiovascular crônica, irá necessitar de medicação diária (necessitará de uma administração correta da medicação e tratamentos); - Necessitará de vigilância de eventuais sinais de doença; sinais de declínio da condição clínica e de acompanhamento médico até à idade adulta. | - Déficit de conhecimentos relacionados com a situação atual de doença da filha; | Sistema de enfermagem educativo e de suporte. |

Problemas/Diagnósticos de saúde identificados:

- Défice de trocas gasosas devido a patologia cardíaca;
- Défice de inspiração de ar suficiente por presença de secreções brônquicas;
- Défice de autonomia alimentar;
- Défice no conforto relacionado com a eliminação por presença de cólicas intestinais;
- Risco de infecção respiratória pelo contato com crianças que frequentam infantário (que frequentemente apresentam episódios de coriza);
- Défice de conhecimentos relacionados com a situação atual de doença da filha.

PLANO DE CUIDADOS COM CIPE

| DATA | DIAGNÓSTICO | Objetivo | INTERVENÇÕES ER | AValiação |
|----------|---|--|--|---|
| 24/09/18 | <p>- Déficit de trocas gasosas devido a patologia cardíaca;</p> <p>- Déficit de inspiração de ar suficiente por presença de secreções brônquicas.</p> | <p>1. Manter vias aéreas livres de secreções;</p> <p>2. Manter SpO2 superiores a 92% com aporte de oxigénio;</p> <p>3. Estimular o autocuidado dependente para a manutenção da permeabilidade das vias aéreas.</p> | <p>-Avaliar e registar a frequência respiratória, sons respiratórios e quaisquer sinais e/ou sintomas de um padrão ineficaz a cada 2/4 horas, e sempre que necessário;</p> <p>-Observar o último RX e certificar-me que não existem contraindicações para realizar reabilitação respiratória à S.;</p> <p>-Realizar o exame físico (avaliação da função respiratória e auscultação pulmonar) à S. com recurso à folha existente no serviço para registos de enfermagem de reabilitação;</p> <p>-Selecionar quais as técnicas de reabilitação respiratória mais adequadas para realizar na S.;</p> <p>-Explicar aos pais os procedimentos a realizar e os seus objetivos;</p> <p>-Realizar os exercícios antes da S. se alimentar ou uma hora e meia depois;</p> <p>-Executar RFR à S. com drenagem postural com associação de manobras acessórias (as percussões e vibrações), iniciando por drenar as bases pulmonares, depois o lobo médio e língula e terminar nos lobos superiores com elevação do tronco;</p> <p>-Proceder à aspiração de secreções nasotraqueais após a instilação de soro nasal;</p> <p>-Realizar o exame físico depois dos exercícios de RR com recurso à folha de registo existente no serviço;</p> <p>-Ensinar os pais com o intuito de promover o autocuidado, relativamente à instilação de soro fisiológico no nariz.</p> | <p>25/09/2018- A S. apresenta tiragem global, com oxigénio a 1,5 l/min para SpO2 entre 88 e 98%.</p> <p>À auscultação pulmonar: ferveores dispersos bilateralmente. Foi realizada Drenagem Postural Clássica com associação de percussões e vibrações. Durante o procedimento a S. manteve-se calma e desperta. Foram aspiradas secreções espessas e viscosas em moderada quantidade.</p> <p>Durante a RFR apresentou SpO2 entre 90 e 98% com aporte de O2 a 1,5l/min.</p> <p>Os benefícios dos procedimentos foram explicados aos pais.</p> |
| 24/09/18 | - Déficit de autonomia alimentar | 1. Autonomia para ingerir oralmente leite adaptado e outros alimentos adequados à idade; | <p>-Antes da administração de LA por seringa infusora, verificar posição da SNG;</p> <p>-Vigiar a alimentação por seringa infusora;</p> <p>-Vigiar lactente e sinais vitais durante a administração de LA;</p> <p>-Avaliar estratégias para alimentação por via oral.</p> | 25/9/18: Realizada administração de LA sem intercorrências. |
| 24/09/18 | - Déficit no conforto relacionado com a eliminação por presença de cólicas intestinais | <p>1. Prevenir a presença de cólicas intestinais;</p> <p>2. Diminuir o desconforto em caso de presença de cólicas intestinais.</p> | <p>-Explicar aos pais que as cólicas são fisiológicas e provocadas pela formação de gases no intestino;</p> <p>-Fazer ensino sobre os cuidados para diminuir a ocorrência de cólicas;</p> <p>-Explicar que no momento da administração do leite adaptado por seringa infusora, a S. deve estar inclinada de modo a evitar a entrada de ar;</p> <p>- Explicar aos pais que após a administração do leite, devem posicionar a S. de modo a arrotar;</p> <p>-Explicar que caso a S. apresente irritabilidade por</p> | <p>24/09/18: Reforço sobre os ensinamentos com os cuidados e estratégias a ter no alívio das cólicas.</p> <p>25/09/18: Em caso de desconforto efetua massagem abdominal no sentido dos ponteiros do re-</p> |

| | | | | |
|----------|--|--|---|---|
| | | | <p>aparente presença de cólicas, a devem colocar de barriga para baixo;</p> <p>-Explicar a forma de massajar a barriga, no sentido dos ponteiros do relógio;</p> <p>-Antes de administrar a alimentação à S., com ela deitada de costas fletir as pernas contra a barriga e depois estendê-las, repetir várias vezes este exercício.</p> | <p>lógico e flete as pernas contra o abdômen. A S. após massagem abdominal fica mais calma, revertendo bem quando parece estar inquieta pela presença de cólicas.</p> |
| 24/09/18 | <p>- Risco de infecção respiratória pelo contato com crianças que frequentam infantário (que frequentemente apresentam episódios de coriza);</p> | <p>1. Prevenir infecções futuras das vias aéreas inferiores.</p> | <p>- Reforçar o ensino para os cuidados sobre a necessidade de proteger o bebê de outros que possam ser a fonte de infecção;</p> <p>- Reforçar a importância de realizar a higienização sempre antes e depois de tocar na S.</p> | <p>25/09/18: Os pais referiram perceber a importância dos meios de controlar a infecção (higienização das mãos).</p> |
| 24/09/18 | <p>- Déficit de conhecimentos relacionados com a situação atual de doença da filha.</p> | <p>1. Capacitação dos pais para a autogestão da doença.</p> | <p>-Promover a escuta ativa e informação à medida que é necessária;</p> <p>-Avaliação dos conhecimentos sobre a situação atual de saúde da S., fornecer informação escrita caso seja necessário;</p> <p>-Explicação da importância da S. manter a colocação dos eletrodos;</p> <p>-Explicação dos principais sintomas vivenciados pela S. relacionados com as patologias atuais;</p> <p>-Explicação dos principais sinais e sintomas a vigiar (cianose periférica, sinais de esforço respiratório, prostração, febre);</p> <p>-Explicação sobre todos os procedimentos realizados à latente;</p> <p>-Explicação e reforço de todas as medicações administradas à S.;</p> <p>-Explicação e reforço sobre a importância dos exercícios de reabilitação respiratório para a melhoria do estado de saúde da S. ;</p> <p>-Avaliação sobre a existência de receios, medos relacionados com a situação de saúde da S..</p> | <p>25/9/18: Os pais apresentam-se preocupados, mas esperançosos com a situação de saúde da S.;</p> <p>-Os pais são capazes de identificar a passagem de uma cor rosada para cor pálida ou azulada; respiração acelerada; alteração da quantidade e características das secreções; tiragem; tosse ineficaz e diminuição ou alteração da atividade da criança;</p> <p>-Os pais aparentemente percebem a importância da medicação que é administrada à S.</p> |

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este plano de cuidados permitiu a aquisição, o desenvolvimento e o relembrar de conhecimentos e competências na área da cardiologia pediátrica.

Para a realização deste plano de cuidado tive de estudar as diferentes patologias congénitas e rever os exercícios de reabilitação funcional respiratória adaptados à criança. Existe um défice em relação a artigos científicos na área da enfermagem de reabilitação em pediatria, isto é, são escassos ou inexistentes em enfermagem artigos em que sejam descritos exercícios de reabilitação ao latente, criança e jovem.

Os cuidados em enfermagem de reabilitação realizados, nomeadamente em relação aos exercícios de reabilitação respiratória foram realizados após o planeamento de cuidados e discussão sobre os benefícios para a S. com a supervisão da enfermeira orientadora.

Foi pedido consentimento aos pais, após explicação dos benefícios dos exercícios de RR e foram envolvidos em todos os cuidados e estiveram sempre presentes aquando das intervenções realizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELECTRÓNICAS

- Hockenberry, M. J. et al. (2014). Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 9.^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier;
- MONTEERMOSO, José (2008). Um grande coração: manual da criança com doença cardíaca. 4.^a ed. Lisboa: Gráfica Vilar do Pinheiro. Depósito Legal: 205468/04. 120 p.

Apêndice 8 - Folha de Registo de RFR – Caso A

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: GUIA PARA COLHEITA DE DADOS

(Apreciação/Avaliação da criança/jovem utilizando o Modelo do Autocuidado)

Data: **24,25,27,28,29,30 de setembro, 1 e 2 de outubro/2018**

Dados Antropométricos

Nome: **Criança Caso A**

Data de Nascimento: 16/05/18

Idade: **4 meses**

Sexo: **feminino**

Centro de Saúde:

Agregado familiar: **Pai; mãe e irmã gêmea**

Pessoa significativa: **Pai**

Peso (Kg): Percentil (peso):

Altura (cm): Percentil (altura):

Perímetro abdominal:

IMC: Percentil (IMC):

Antecedentes Pessoais/História Atual de Saúde - (Requisitos de Autocuidado por desvio de saúde)

- Diagnóstico (s): **Cardiopatia congênita: CIV; CIA**
- Motivo de Internamento: **Prematuridade, alterações cardíacas congênitas, infecção do trato respiratório superior – suspeita de pneumonia? Proposta para cateterismo cardíaco.**
- Internamentos anteriores/cirurgias, anteriores:
- Terapêutica prescrita:
- Motivo de Inclusão no Plano de Reabilitação: **Aumento da compliance respiratória, mobilização de secreções e atelectasia à direita.**

Exame Neurológico

- Estado de consciência: **Glasgow de 15.**
- Estado de orientação:
- Atenção/Concentração:
- Memória:
- Linguagem:
- Capacidades práxicas:
- Negligência hemiespacial unilateral:
- Avaliação dos pares cranianos:

Avaliação Funcional

| Escala | Score |
|---------------------------|-----------|
| Braden Q Pediátrica | 13 |
| Escala de Borg Pediátrica | — |

| | | Data | | Data | | Data | |
|--|---------|-------------|-------|-------------|-----|-------------|-------|
| Exame Objetivo | | 24/9 | | 25/9 | | 26/9 | |
| Sinais Vitais | | Ini- cio | Fim | Ini- cio | Fim | Ini- cio | Fim |
| TA | | 90/42 | 88/40 | | | 90/40 | 80/45 |
| FC | | 150 | 160 | 160 | 165 | 145 | 155 |
| FR | | 55 | 45 | 50 | 45 | 55 | 48 |
| SpO2 | | 90 | 95 | 91 | 95 | 92 | 97 |
| Dor (NIPS, FLACC, Numérica) | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pele (Integra/Solução continuidade/Úlcera/Edema) | | | | | | | |
| Cianose (Sem/Central/Periférica) | | P | P | P | P | P | P |
| Pulsos centrais | | | | | | | |
| Pulsos periféricos | | | | | | | |
| Tosse (Eficaz/Não eficaz) | | NE | E | NE | E | NE | E |
| Expetoração (Sim/Não) | | S | S | S | S | S | S |
| Quantidade (Abundante/Moderada/Escassa) | | A | A | M | M | M | M |
| Hipocratismo Digital (Sim/Não) | | N | N | N | N | N | N |
| Ritmo Respiratório (Regular/Irregular) | | I | I | I | I | I | I |
| Tiragem (T.G -Tiragem Global/TS - Tiragem Supraesternal) | | TG | TG | TG | TG | TG | TG |
| Padrão Respiratório (Costal, Diafragma, Misto, Paradoxal) | | M | M | M | M | M | M |
| Amplitude (Superficial/Profunda) | | S | S | S | S | S | S |
| Precursão (Macicez, Som claro pulmonar, Timpanismo) | | | | | | | |
| Palpação | | | | | | | |
| Traqueia (linha média/desvio) | | | | | | | |
| Tórax (simétrico/assimétrico) | | S | S | S | S | S | S |
| Elasticidade (Mantida/Não mantida) | | M | M | M | M | M | M |
| Vibrações vocais (Mantida/Não mantida) | | | | | | | |
| Auscultação Pulmonar | | D | E | D | E | D | E |
| Murmúrio vesicular (Mantido, Diminuído, Abolido) | 1/3 Sup | M | M | M | M | M | D |
| | 1/3 Med | M | M | M | M | D | D |
| | 1/3 Inf | M | M | M | M | D | D |
| Murmúrio vesicular simétrico | 1/3 Sup | | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| Ruídos adventícios (Roncos Crepitações, Sibilos, Fervores) | 1/3 Sup | F | F | F | F | F | F |
| | 1/3 Med | F | F | F | F | F | F |
| | 1/3 Inf | F | F | F | F | F | F |
| Notas de Enfermagem | | | | | | | |

| | | Data | | Data | | Data | |
|--|---------|--------|-------|--------|-----|--------|-------|
| Exame Objetivo | | 27/9 | | 28/9 | | 29/9 | |
| Sinais Vitais | | Início | Fim | Início | Fim | Início | Fim |
| TA | | 90/42 | 88/40 | | | 90/40 | 80/45 |
| FC | | 145 | 155 | 148 | 155 | 145 | 152 |
| FR | | 45 | 40 | 48 | 40 | 45 | 38 |
| SpO2 | | 91 | 94 | 90 | 94 | 93 | 98 |
| Dor (NIPS, FLACC, Numérica) | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pele (Íntegra/Solução continuidade/Úlcera/Edema) | | | | | | | |
| Cianose (Sem/Central/Periférica) | | P | P | P | P | P | P |
| Pulsos centrais | | | | | | | |
| Pulsos periféricos | | | | | | | |
| Tosse (Eficaz/Não eficaz) | | NE | E | NE | E | NE | E |
| Expectoração (Sim/Não) | | S | S | S | S | S | S |
| Quantidade (Abundante/Moderada/Escassa) | | A | A | A | M | M | E |
| Hipocratismo Digital (Sim/Não) | | N | N | N | N | N | N |
| Ritmo Respiratório (Regular/Irregular) | | I | I | I | I | I | I |
| Tiragem | | TG | TG | TG | TG | TG | TG |
| Padrão Respiratório (Costal, Diafragma, Misto, Paradoxal) | | M | M | M | M | M | M |
| Amplitude (Superficial/Profunda) | | S | S | S | S | S | S |
| Precussão (Macicez, Som claro pulmonar, Timpanismo) | | | | | | | |
| Palpação | | | | | | | |
| Traqueia (linha média/desvio) | | | | | | | |
| Tórax (simétrico/assimétrico) | | S | S | S | S | S | S |
| Elasticidade (Mantida/Não mantida) | | M | M | M | M | M | M |
| Vibrações vocais (Mantida/Não mantida) | | | | | | | |
| Auscultação Pulmonar | | D | E | D | E | D | E |
| Murmúrio vesicular (Mantido, Diminuído, Abolido) | 1/3 Sup | M | M | M | M | M | D |
| | 1/3 Med | M | M | M | M | D | D |
| | 1/3 Inf | M | M | M | M | D | D |
| Murmúrio vesicular simétrico | 1/3 Sup | | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| Ruídos adventícios (Roncos Crepitações, Sibilos, Fervores) | 1/3 Sup | F | F↓ | F | F↓ | F | F↓ |
| | 1/3 Med | F | F↓ | F | F↓ | F | F↓ |
| | 1/3 Inf | F | F↓ | F | F↓ | F | F↓ |
| Notas de Enfermagem | | | | | | | |

| | | Data | Data | Data | | | |
|--|---------|--------|-------|-------------|-----|-------------|-----|
| Exame Objetivo | | 1/10 | | | | | |
| Sinais Vitais | | Início | Fim | Ini- cio | Fim | Ini- cio | Fim |
| TA | | 99/50 | 89/45 | | | | |
| FC | | 135 | 145 | | | | |
| FR | | 38 | 35 | | | | |
| SpO2 | | 93 | 99 | | | | |
| Dor (NIPS, FLACC, Numérica) | | 0 | 0 | | | | |
| Pele (Íntegra/Solução continuidade/Úlcera/Edema) | | | | | | | |
| Cianose (Sem/Central/Periférica) | | P | P | | | | |
| Pulsos centrais | | | | | | | |
| Pulsos periféricos | | | | | | | |
| Tosse (Eficaz/Não eficaz) | | NE | E | | | | |
| Expectoração (Sim/Não) | | S | S | | | | |
| Quantidade (Abundante/Moderada/Escassa) | | M | E | | | | |
| Hipocratismo Digital (Sim/Não) | | N | N | | | | |
| Ritmo Respiratório (Regular/Irregular) | | I | R | | | | |
| Tiragem | | TS | TS | | | | |
| Padrão Respiratório (Costal, Diafragma, Misto, Paradoxal) | | C | C | | | | |
| Amplitude (Superficial/Profunda) | | S | S | | | | |
| Precussão (Macicez, Som claro pulmonar, Timpanismo) | | | | | | | |
| Palpação | | | | | | | |
| Traqueia (linha média/desvio) | | | | | | | |
| Tórax (simétrico/assimétrico) | | S | S | | | | |
| Elasticidade (Mantida/Não mantida) | | M | M | | | | |
| Vibrações vocais (Mantida/Não mantida) | | | | | | | |
| Auscultação Pulmonar | | D | E | | | | |
| Murmúrio vesicular (Mantido, Diminuído, Abolido) | 1/3 Sup | M | M | | | | |
| | 1/3 Med | M | M | | | | |
| | 1/3 Inf | M | M | | | | |
| Murmúrio vesicular simétrico | 1/3 Sup | | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| Ruídos adventícios (Roncos Crepitações, Sibilos, Fervores) | 1/3 Sup | F↓ | F↓↓ | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| | 1/3 Inf | F↓ | F↓↓ | | | | |
| Notas de Enfermagem | | | | | | | |

Reabilitação Funcional Respiratória

| | Data | Data | Data | Data |
|---|----------------|------|------|------|
| Posição de Descanso e Relaxamento | 24/9 a 1/10/19 | | | |
| Controlo e Dissociação dos Tempos Respiratórios | | | | |
| ▪ Expiração com os lábios semicerrados | | | | |
| ▪ Respiração Diafragmática | | | | |
| Reeducação Diafragmática | | | | |
| ▪ Porção anterior do Diafragma | | | | |
| ▪ Porção Posterior do Diafragma | | | | |
| ▪ Hemicúpula Diafragmática Direita | | | | |
| ▪ Hemicúpula Diafragmática Esquerda | | | | |
| ▪ Reeducação Diafragmática com Resistência | | | | |
| Reeducação Costal | | | | |
| ▪ Reeducação Costal Global | | | | |
| ▪ Reeducação Costal Seletiva lado direito | | x | | |
| Mecanismos de Limpeza das Vias Aéreas | | | | |
| ▪ Drenagem Postural Modificada | x | x | | |
| 4. Lobo Superior | x | x | | |
| 5. Lobo Médio/Língua | x | x | | |
| 6. Lobo Inferior | x | x | | |
| ▪ Manobras Acessórias | | x | | |
| 4. Vibração | x | x | | |
| 5. Compressão | x | x | | |
| 6. Percussão | | | | |
| Ensino da Tosse (Dirigida, assistida, com contensão da Sutura) | | | | |
| Limpeza nasal com instilação de soro fisiológico | x | x | | |
| Aspiração de secreções pela nasofaringe e orofaringe | x | x | | |
| Flutter/Acapella | | | | |
| Terapêutica de Posição | | | | |

Apêndice 9 - Folha de Registro de RFR – Caso B

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: GUIA PARA COLHEITA DE DADOS

(Apreciação/Avaliação da criança/jovem utilizando o Modelo do Autocuidado)

Data: 2,3 e 4/10/18

Dados Pessoais

Nome: **Jovem Caso B**

Data de Nascimento:

Idade: **18 anos**

Sexo: **Feminino**

Centro de Saúde:

Agregado familiar:

Pessoa significativa:

Dados Antropométricos

Peso (Kg): **60** Percentil (peso):

Altura (cm): Percentil (altura):

Perímetro abdominal:

IMC: Percentil (IMC):

Antecedentes Pessoais/História Atual de Saúde - (Requisitos de Autocuidado por desvio de saúde)

- Diagnóstico (s): **Bradicárdia/coração univentricular; CIV médio.**
- Motivo de Internamento: **Proposta para cateterismo cardíaco e colocação de pacemaker cavidade abdominal**
- Internamentos anteriores/cirurgias, anteriores:
- Terapêutica prescrita:
- Motivo de Inclusão no Plano de Reabilitação: **Ensino e treino de técnicas para diminuição da dor.**

Exame Neurológico

- Estado de consciência: **Glasgow de 15**
- Estado de orientação: **Orientada no espaço, tempo e pessoa.**
- Atenção/Concentração:
- Memória:
- Linguagem:
- Capacidades práticas:
- Negligência hemiespacial unilateral:
- Avaliação dos pares cranianos:

Avaliação Funcional

| Escala | Score |
|---------------------------|-------|
| Braden Q Pediátrica | — |
| Escala de Borg Pediátrica | — |

| | | Data | | Data | | Data | |
|--|---------|--------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|
| Exame Objetivo | | 2/10 | | 3/10 | | 4/10 | |
| Sinais Vitais | | Ini- cio | Fim | Ini- cio | Fim | Ini- cio | Fim |
| TA | | 105/60 | 108/60 | 118/60 | 120/55 | 112/55 | 118/55 |
| FC | | 55 | 60 | 60 | 65 | 60 | 65 |
| FR | | 24 | 20 | 26 | 22 | 24 | 20 |
| SpO2 | | 98 | 99 | 94 | 98 | 92 | 98 |
| Dor (NIPS, FLACC, Numérica) | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pele (Integra/Solução continuidade/Úlcera/Edema) | | | | | | | |
| Cianose (Sem/Central/Periférica) | | P | P | P | P | P | P |
| Pulsos centrais | | | | | | | |
| Pulsos periféricos | | | | | | | |
| Tosse (Eficaz/Não eficaz) | | E | E | E | E | E | E |
| Expetoração (Sim/Não) | | N | N | N | N | N | N |
| Quantidade (Abundante/Moderada/Escassa) | | | | | | | |
| Hipocratismo Digital (Sim/Não) | | N | N | N | N | N | N |
| Ritmo Respiratório (Regular/Irregular) | | R | R | R | R | R | R |
| Tiragem | | | | | | | |
| Padrão Respiratório (Costal, Diafragma, Misto, Paradoxal) | | D | D | D | D | D | D |
| Amplitude (Superficial/Profunda) | | | | | | | |
| Precursão (Macicez, Som claro pulmonar, Timpanismo) | | | | | | | |
| Palpação | | | | | | | |
| Traqueia (linha média/desvio) | | | | | | | |
| Tórax (simétrico/assimétrico) | | S | S | S | S | S | S |
| Elasticidade (Mantida/Não mantida) | | M | M | M | M | M | M |
| Vibrações vocais (Mantida/Não mantida) | | | | | | | |
| Auscultação Pulmonar | | D | E | D | E | D | E |
| Murmúrio vesicular (Mantido, Diminuído, Abolido) | 1/3 Sup | S/alterações | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| | 1/3 Inf | | | | | | |
| Murmúrio vesicular simétrico | 1/3 Sup | | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| Ruídos adventícios (Roncos Crepitações, Sibilos, Fervores) | 1/3 Sup | S/alterações | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| | 1/3 Inf | | | | | | |
| Notas de Enfermagem | | | | | | | |

Reabilitação Funcional Respiratória

| | Data | Data | Data |
|---|------|------|------|
| Posição de Descanso e Relaxamento | 2/10 | 3/10 | 6/10 |
| Controlo e Dissociação dos Tempos Respiratórios | x | x | x |
| ▪ Expiração com os lábios semicerrados | x | x | x |
| ▪ Respiração Diafragmática | x | x | x |
| Reeducação Diafragmática | | | |
| ▪ Porção anterior do Diafragma | | | |
| ▪ Porção Posterior do Diafragma | | | |
| ▪ Hemicúpula Diafragmática Direita | | | |
| ▪ Hemicúpula Diafragmática Esquerda | | | |
| ▪ Reeducação Diafragmática com Resistência | | | |
| Reeducação Costal | | | |
| ▪ Reeducação Costal Global | | | |
| ▪ Reeducação Costal Seletiva | | | |
| Mecanismos de Limpeza das Vias Aéreas | | | |
| ▪ Drenagem Postural Modificada | | | |
| 7. Lobo Superior | | | |
| 8. Lobo Médio/Língua | | | |
| 9. Lobo Inferior | | | |
| ▪ Manobras Acessórias | | | |
| 7. Vibração | | | |
| 8. Compressão | | | |
| 9. Percussão | | | |
| Ensino da Tosse (Dirigida, assistida, com contensão da Sutura) | x | x | x |
| CATR (Respiração abdominodiafragmática+expansão torácica+TEF) | | | |
| Espirometria de Incentivo | | | |
| Flutter/Acapella | | | |
| Terapêutica de Posição | | | |

Apêndice 10 - Folha de Registo de RFR – Caso C

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: GUIA PARA COLHEITA DE DADOS

(Apreciação/Avaliação da criança/jovem utilizando o Modelo do Autocuidado)

Data: **11 e 15/10/18**

Dados Pessoais

Nome: **Jovem Caso C**
Data de Nascimento:
Idade: **18 anos**
Sexo: **Masculino**
Centro de Saúde:
Agregado familiar: **Mãe; pai e irmã**
Pessoa significativa: **Mãe**

Dados Antropométricos

Peso (Kg): **47,2Kg** Percentil (peso):
Altura (cm): **156,5** Percentil (altura):
Perímetro abdominal:
IMC: Percentil (IMC):

Antecedentes Pessoais/História Atual de Saúde - (Requisitos de Autocuidado por desvio de saúde)

- Diagnóstico (s): **Bradicárdia. Ap: Asmático, cifoescoliose grave (cirurgia a 2/2016 – esticamento à coluna)**
- Motivo de Internamento: **Cateterismo a 16/10/18**
- Internamentos anteriores/cirurgias, anteriores: **Cirurgia a 2/2016 – esticamento à coluna por cifoescoliose grave**
- Terapêutica prescrita:
- Motivo de Inclusão no Plano de Reabilitação: **Prevenção de complicações respiratórias no pós-operatório**

Exame Neurológico

- Estado de consciência: **Glasgow de 15**
- Estado de orientação: **Orientado no espaço, tempo e pessoa**
- Atenção/Concentração:
- Memória:
- Linguagem:
- Capacidades práxicas:
- Negligência hemiespacial unilateral:
- Avaliação dos pares cranianos:

Avaliação Funcional

| Escala | Score |
|---------------------------|-------|
| Braden Q Pediátrica | — |
| Escala de Borg Pediátrica | — |

| | | Data | | Data | | Data | |
|--|---------|--|--------|--------|--------|--------|-----|
| Exame Objetivo | | 11 e 15/10/18 | | | | | |
| Sinais Vitais | | Início | Fim | Início | Fim | Início | Fim |
| TA | | 112/60 | 115/65 | 118/58 | 128/60 | | |
| FC | | 70 | 72 | 68 | 70 | | |
| FR | | 20 | 22 | 17 | 20 | | |
| SpO2 | | 95 | 99 | 95 | 99 | | |
| Dor (NIPS, FLACC, Numérica) | | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Pele (Integra/Solução continuidade/Úlcera/Edema) | | 2 cicatrizes (região tórax anterior e posterior) | | | | | |
| Cianose (Sem/Central/Periférica) | | | | | | | |
| Pulsos centrais | | | | | | | |
| Pulsos periféricos | | | | | | | |
| Tosse (Eficaz/Não eficaz) | | | | | | | |
| Expetoração (Sim/Não) | | N | N | N | N | | |
| Quantidade (Abundante/Moderada/Escassa) | | | | | | | |
| Hipocratismo Digital (Sim/Não) | | N | N | N | N | | |
| Ritmo Respiratório (Regular/Irregular) | | R | R | R | R | | |
| Tiragem | | | | | | | |
| Padrão Respiratório (Costal, Diafragma, Misto, Paradoxal) | | | | | | | |
| Amplitude (Superficial/Profunda) | | | | | | | |
| Precursão (Macicez, Som claro pulmonar, Timpanismo) | | | | | | | |
| Palpação | | | | | | | |
| Traqueia (linha média/desvio) | | | | | | | |
| Tórax (simétrico/assimétrico) | | A | A | A | A | | |
| Elasticidade (Mantida/Não mantida) | | | | | | | |
| Vibrações vocais (Mantida/Não mantida) | | | | | | | |
| Auscultação Pulmonar | | D | E | D | E | D | E |
| Murmúrio vesicular (Mantido, Diminuído, Abolido) | 1/3 Sup | S/alterações | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| | 1/3 Inf | | | | | | |
| Murmúrio vesicular simétrico | 1/3 Sup | | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| Ruídos adventícios (Roncos Crepitações, Sibilos, Fervores) | 1/3 | S/alterações | | | | | |
| Sup | | | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| | 1/3 Inf | | | | | | |
| Notas de Enfermagem | | | | | | | |

Reabilitação Funcional Respiratória

| | Data | Data | Data | Data |
|---|-------|-------|------|------|
| Posição de Descanso e Relaxamento | 11/10 | 15/10 | | |
| Controlo e Dissociação dos Tempos Respiratórios | x | x | | |
| ▪ Expiração com os lábios semicerrados | x | x | | |
| ▪ Respiração Diafragmática | x | x | | |
| Reeducação Diafragmática | | | | |
| ▪ Porção anterior do Diafragma | | | | |
| ▪ Porção Posterior do Diafragma | | | | |
| ▪ Hemicúpula Diafragmática Direita | | | | |
| ▪ Hemicúpula Diafragmática Esquerda | | | | |
| ▪ Reeducação Diafragmática com Resistência | | | | |
| Reeducação Costal | | | | |
| ▪ Reeducação Costal Global | | | | |
| ▪ Reeducação Costal Seletiva | | | | |
| Mecanismos de Limpeza das Vias Aéreas | | | | |
| ▪ Drenagem Postural Modificada | | | | |
| 10. Lobo Superior | | | | |
| 11. Lobo Médio/Língua | | | | |
| 12. Lobo Inferior | | | | |
| ▪ Manobras Acessórias | | | | |
| 10. Vibração | | | | |
| 11. Compressão | | | | |
| 12. Percussão | | | | |
| Ensino da Tosse (Dirigida, assistida, com contensão da Sutura) | x | x | | |
| CATR (Respiração abdominodiafragmática+expansão torácica+TEF) | | | | |
| Espirometria de Incentivo | | | | |
| Flutter/Acapella | | | | |
| Terapêutica de Posição | | | | |

Apêndice 11 - Plano de Cuidados – Caso D

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE BEJA
Escola Superior
de Saúde



ES
Escola
Superior
de Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular: Estágio Final da Especialidade com Mestrado Integrado em
Enfermagem de Reabilitação

Plano de Cuidados II

ORIENTAÇÃO:

Docente Regente:

Professora Eugénia Grilo

Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Instituto Politécnico de Castelo Branco

Tutor Ensino Clínico:

Enf.^a Especialista em Reabilitação Isabel Guerreiro

Serviço de Cardiologia Pediátrica

Discente:

Enfermeira Tânia Santos Ribeiro, n.º 170531085

Setúbal, novembro de 2018

SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AP – Artéria Pulmonar

CIA – Comunicação Interauricular

CIV – Comunicação Interventricular

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermeiro Reabilitação

FC – Frequência cardíaca

FR – Frequência respiratória

HTP – Hipertrofia biventricular com sobrecarga.

L-TGA – Transposição das grandes artérias

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

SpO2 – Saturações periféricas de Oxigênio

ÍNDICE

| | |
|---|-------|
| SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS | cvi |
| 1.Estudo de Caso | cviii |
| 1.1 História Clínica | cviii |
| 1.2 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação | cx |
| 2. Diagnósticos de enfermagem de reabilitação | cxii |
| 3. Plano de Cuidados com CIPE | cxiv |

1. ESTUDO DE CASO

▪ Apreciação Utilizando o Modelo do Autocuidado

Nome: A.

Idade: 8 anos de idade

Agregado Familiar: Vive com a mãe em Portugal há cerca de um ano. Pai e irmã em Angola.

Pessoa Significativa no Internamento: Mãe

Morada: vive em Lisboa há 1 ano. Veio para Portugal para realizar exames e realizar cirurgia.

Data de Internamento Serviço Cardiologia Pediátrica: 24 de novembro de 2018.

Motivo de Internamento: Dupla Discordância aurículo – ventricular e ventrículo – arterial (L-TGA com CIV grande e HTP. Internada para realização de cirurgia cardíaca eletiva.

Antecedentes Pessoais: Seguida em cardiologia pediátrica em Angola. Submetida a banding da Artéria Pulmonar (AP) por toracotomia na Clínica Girassol em Angola (maio de 2011).

Cateterismo em setembro de 2017: CIV's múltiplas; distribuição coronária característica de L-TGA. Banding de AP bem posicionado.

Situação atual de saúde: Agravamento progressivo de cansaço e dificuldades de aprendizagem que motivou referência aos 7 anos, de Angola.

1.1 História Clínica

(Requisitos de Autocuidado por desvio de saúde)

A A. é uma criança de 8 anos de idade internada com o diagnóstico de L-TGA e CIV musculares apicais com antecedentes pessoais de cirurgia de Banding da artéria pulmonar em 2011. Deu entrada no serviço de cardiologia pediátrica a 24 de outubro de 2018. Foi realizada colheita de dados, concretizadas rotinas pré-operatórias, puncionada com cateter venoso periférico para colheita de sangue para tipagem e análises e para posterior sedação no bloco operatório e administração de terapêutica prescrita. Realizou Electrocardiograma, sem alterações. Realizou preparação no dia anterior com clister e realizou banho com clorohezdina. Ficou em jejum a partir das 00h00.

No dia 25 de outubro de 2018 foi submetida a encerramento CIV com patch de dacron. A cirurgia recorreu sem intercorrências. Manteve parâmetros vitais estáveis durante a cirurgia. Realizou suporte inotrópico com dopamina e milrinona. Esteve sob ventilação mecânica durante 7 horas, foi extubada sem complicações. Drenagem torácica pouco funcional de líquido hemático e drenagem vesical sem alterações.

Após o recobro e estabilidade hemodinâmica foi transferida para o internamento de cardiologia pediátrica. Esteve calma, orientada com Glasgow de 15. Permaneceu na companhia da mãe. Referiu dor a nível do local de inserção do dreno torácico e odinofagia. Apirética. Eupneica, com aporte de oxigénio a 1l/min com boas saturações de oxigénio, sendo reduzido

o aporte para 0,5l/min. Inicia acessos de tosse produtiva ineficaz. Iniciou desmame de dopamina e milrinona em simultâneo, com boa tolerância. A drenagem torácica apresentava-se funcionante com líquido sero-hemático. No dia 26 de outubro, parâmetros vitais adequados à idade, eupneica sem aporte de oxigénio com SpO2 entre 98%-100% em AA.

No dia 27 de novembro, retirado dreno da drenagem torácica, ficou com penso compressivo, limpo e seco externamente. Mantém fios de pace-maker. Mantém acessos de tosse produtiva em grande intensidade.

No dia 28 de novembro, mantém acessos de tosse produtiva ineficaz e dor no local da esternotomia. Realizou medicação analgésica que surtiu efeito. Realizada limpeza e desinfecção da esternotomia e ficou com steri-streps. O Local da esternotomia apresenta boa evolução cicatricial. Apresentava-se obstipada, não evacuava desde o dia da cirurgia, pelo que foi administrada lactulose que surtiu efeito. Apresentou um pico de febre (38,3.°C às 21h00).

No dia 29 de novembro de 2018, analiticamente com hemoglobina de 16,2mg/dl; 10490 leuc/L (65% Neut; 22% Leuc); 180 000 plaquetas/uL, PCR 18,3 mg/dl, função renal sem alterações, ionograma equilibrado.

Por apresentar PCR de 18,3mg/dl, manter acessos de tosse produtiva e por suspeita de infeção respiratória, iniciou ceforoxima 250mg 2xdia no dia 31 de novembro de 2018.

No plano de cuidados, apresento os cuidados prestados à criança e família do dia 24 de outubro de 2018 ao dia 2 de novembro de 2018. Selecionei esta criança e família por apresentar tosse ineficaz e dor no local da esternotomia quando tosse; cansaço fácil a deambular a pequenos percursos, por apresentar sempre uma má postura quando está a deambular e quando está sentada e deitada e por apresentarem défice de conhecimentos relativos à perceção da doença da A.

Os ensinamentos e treinos realizados incidiram sobre a técnica de descanso e relaxamento; ensino e treino de técnicas para controlo e dissociação dos tempos respiratórios (expiração com os lábios semicerrados, respiração diafragmática). Realização de exercícios sobre reeducação diafragmática. Ensino sobre a técnica de tossir (tosse dirigida e assistida com contenção da sutura).

No dia 1 de novembro foram realizados ensinamentos sobre a terapêutica a realizar no domicílio. Entregue carta de alta e marcações das consultas de cardiologia e outros exames. Teve alta médica a 2 de novembro de 2018.

Exames auxiliares de diagnóstico realizados:

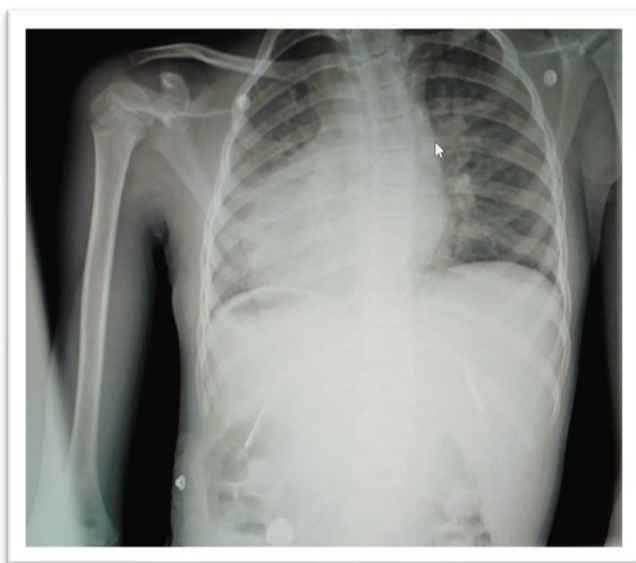


Figura.1 - Raio X de dia 30/10/2018

Vários RX (*dia 24/10/18 e 27/10/18*) ao longo do internamento, último a 30/10/18 (RX sem derrames ou ar ectópico, Hipotransparência mais acentuada à esquerda. Apresenta aerocolia acentuada visível no RX).

- ECG, último a 30/10/18: FC-70bpm, sem alterações significativas.
- Ecocardiograma a 27/10/18: "Sem evidencia CIV residual; função preservada; sem derrames".

Medicação realizada em Internamento:

- Furosemida 40mg 3xdia PO;
- Enalapril 2,5mg 2xdia PO;
- Início a 31/10/2018: Cefuroxima 250mg 2xdia PO;
- Lactulose 1 saqueta 10ml em SOS;
- Metamizol Magnésio 2000mg EV em SOS;
- Paracetamol 1000mg EV em SOS.

1.2 Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

- **Colheita realizada a 28/10/18**

Estado de consciência: Consciente, orientada no espaço, tempo e pessoa. Discurso coerente, mas lentificado, apresenta alguma dificuldade na percepção do português.

Sinais Vitais: FC:103 bpm

FR: ± 26 cpm

Temp axilar: 36.2°C

TA: 109/52 mmHg

Oximetria: 96 – 98% em AA.

Ventilação: espontânea sem aporte de oxigénio.

Padrão Respiratório: Respiração de predomínio diafragmática, ritmo regular sem sinais de dificuldade respiratória. Apresenta acessos de tosse produtiva ineficaz em grande quantidade.

Auscultação Pulmonar: Fervores dispersos bilateralmente.

Inspeção Torácica (Estática): Tórax simétrico;

Radiografia torácica (30/10/18): “Apresenta algum infiltrado em ambas as parênquimas de ambos os pulmões. Sem derrames ou ar ectópico, apresenta aerocolia acentuada visível no RX”.

Cateter venoso periférico: apresenta cateter venoso periférico na fossa antecubital à esquerda, por onde cumpre a medicação endovenosa.

▪ **Colheita realizada a 01/11/18**

Estado de consciência: Consciente, orientada no espaço, tempo e pessoa. Discurso coerente, mas lentificado, apresenta alguma dificuldade na percepção do português.

Sinais Vitais: FC:99 bpm

FR: ± 26 cpm

Temp axilar: 36.8°C

TA: 100/62 mmHg

Oximetria: 99 – 100% em AA.

Ventilação: espontânea sem aporte de oxigênio.

Padrão Respiratório: Respiração de predomínio diafragmático, ritmo regular sem sinais de dificuldade respiratória. Apresenta escassos acessos de tosse produtiva eficaz.

Auscultação Pulmonar: verificou-se a diminuição de fervores em ambas as bases pulmonares, fervores audíveis na base do hemitorax esquerdo em pequena quantidade. Murmúrio vesicular mantido no restante campo pulmonar.

Inspeção Torácica (Estática): Tórax simétrico;

Cateter venoso periférico: mantém cateter venoso periférico na fossa antecubital à esquerda, que não foi manipulado no turno.

2. Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação

(Após identificação e apreciação dos Requisitos Universais de Autocuidado)

| Requisitos de autocuidado Padrão habitual | Padrão habitual de Autocuidado | Défice de Autocuidado | Sistema de Enfermagem |
|--|--|--|--|
| Manutenção de inspiração de ar suficiente; | Apresenta história de dificuldade respiratória associada a cansaço fácil a pequenos esforços; Apresenta acessos de tosse produtiva ineficaz. | - Déficit de trocas gasosas devido a patologia cardíaca; - Déficit de inspiração de ar suficiente por presença de secreções brônquicas; - Déficit de conhecimento sobre a forma correta de tossir, sem causar dor e/ou diminuir. | Atuação do enfermeiro pelo sistema totalmente compensatório na realização de exercícios que permitam aumentar a capacidade ventilatória. |
| Manutenção de ingestão suficiente de água; | Ingere pouca água. | - Déficit de conhecimentos relacionados com a importância de ingerir água e/ou líquidos. | Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório e apoio e ensino. |
| Manutenção de ingestão suficiente de alimentos; | Sem déficit | Sem déficit | |
| Promoção dos cuidados associados com a eliminação; | Sem déficit | Sem déficit | |
| A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso; | Sem déficit | Sem déficit | |
| A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; | Interage com a mãe e com os profissionais de saúde | Sem déficit | |
| A prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano; | Sem déficit | Sem déficit | |
| A promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal. | - Mãe com déficit na percepção e prognóstico da doença da filha; - Criança com doença cardiovascular crônica, irá necessitar de medicação diária (necessitará de uma administração correta da medicação e tratamentos); - Necessitará de vigilância de eventuais sinais de doença; sinais de declínio da condição clínica e de acompanhamento médico até à idade adulta. | - Déficit de conhecimentos relacionados com a situação atual de doença da filha; | Sistema de enfermagem educativo e de suporte. |

Problemas/Diagnósticos de saúde identificados:

- Défice de trocas gasosas devido a patologia cardíaca;
- Défice de inspiração de ar suficiente por presença de secreções brônquicas;
- Défice de conhecimento sobre a forma correta de tossir, sem causar dor e/ou diminuir;
- Défice de conhecimentos relacionados com a importância de ingerir água e/ou líquidos;
- Défice de conhecimentos relacionados com a situação atual de doença da filha.

3. Plano de Cuidados com CIPE

| DATA | DIAGNÓSTICO | OBJETIVO | INTERVENÇÕES ER |
|----------|---|---|--|
| 24/10/18 | <p>- Déficit de trocas gasosas devido a patologia cardíaca;</p> <p>- Déficit de inspição de ar suficiente por presença de secreções brônquicas;</p> <p>- Déficit de conhecimento sobre a forma correta de tossir, sem causar dor e/ou diminuir.</p> | <p>1. Manter vias aéreas livres de secreções;</p> <p>2. Manter SpO2 superiores a 92% sem aporte de oxigénio;</p> <p>3. Estimular o autocuidado dependente para a manutenção da permeabilidade das vias aéreas.</p> | <p>- Explicar à Mãe os procedimentos a realizar e os objetivos da RFR;</p> <p>- Observar o último RX e certificar-me que não existem contraindicações para realizar reabilitação respiratória à A.;</p> <p>- Realizar exame físico à A. com recurso à folha existente no serviço para registos de enfermagem de reabilitação;</p> <p>- Avaliar e registar a frequência respiratória, sons respiratórios e quaisquer sinais e/ou sintomas de um padrão ineficaz no início da sessão de RFR;</p> <p>- Selecionar quais as técnicas de reabilitação respiratória mais adequadas para realizar na A.;</p> <p>- Explicar à mãe da A. os procedimentos a realizar e os seus objetivos;</p> <p>- Realizar os exercícios antes da A. se alimentar ou uma hora e meia a duas horas depois;</p> <p>- Providenciar um ambiente calmo;</p> <p>- Promoção da privacidade;</p> <p>- Usar o recurso da brincadeira para intervir com a A. ao longo da sessão de RFR;</p> <p>- Ensino e treino sobre a posição de descanso e relaxamento (2 <i>repetições</i>);</p> <p>- Ensino e treino sobre a técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios (expiração com os lábios semicerrados com recurso a um moinho – 5 <i>repetições</i>, respiração diafragmática – 5 <i>repetições</i>);</p> <p>- Pedido à A. para descansar sentada na cama;</p> <p>- Ensino e treino sobre exercícios de Reeducação Diafragmática (Porção anterior do diafragma – 5 <i>repetições</i>; porção posterior do diafragma – 5 <i>repetições</i>; hemicúpula diafragmática direita – 5 <i>repetições</i> e hemicúpula diafragmática esquerda – 5 <i>repetições</i>);</p> <p>- Pedido à A. para descansar sentada na cama;</p> <p>- Ensino e treino sobre a tosse (dirigida – 5 <i>repetições</i>). Também pedi à A. para me imitar, isto é, tossia e posteriormente pedi à A. para me imitar;</p> <p>- Ensino à A. para realizar uma contenção no local da sutura da esternotomia no momento em que tosse: treino de tosse dirigida simultânea ao reflexo de tosse (5 <i>repetições</i>);</p> <p>- Ensino e treino da tosse assistida, com contenção da sutura – 5 <i>repetições</i>;</p> <p>- Pedido à A. para descansar sentada na cama;</p> <p>- Exercícios de correção postural à A.;</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | | | -Realizar o exame físico, avaliação de parâmetros vitais, auscultação pulmonar depois dos exercícios de RFR com recurso à folha de registo existente no serviço. |
| AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DO EEER | | | |
| <p><u>29/10/2018:</u></p> <p>A A. não apresenta sinais evidentes de SDR, refere cansaço fácil após estar a correr e/ou a brincar "SIC". Apresenta SpO2 entre 96%-98% em AA. Apresenta acessos de tosse produtiva ineficaz em grande quantidade. No RX de dia 24 são visíveis Hipo transparências bilateralmente. À auscultação pulmonar: fervores dispersos bilateralmente. Durante a RFR e realização das intervenções descritas neste plano à A., alternou períodos em que esteve calma, outros irrequieta, mas esteve sempre colaborante. Durante a RFR apresentou SpO2 entre 94 e 98%, após RFR fica com 99 a 100%. Neste primeiro dia de contato, não foi possível concretizar em pleno as intervenções na sua plenitude, nomeadamente concretizar o número de repetições estipuladas. Tive de repetir o ensino inúmeras vezes para conseguir realizar os exercícios corretamente. A A. gostou muito do exercício em que usou o moinho (exercício com os lábios semicerrados), porque "esteve a brincar" e percebeu que estava a "respirar melhor" (SIC).</p> <p><u>30/10/2018:</u></p> <p>Mantém SpO2 entre 96%-98% em AA. Mantém acessos de tosse produtiva ineficaz em grande quantidade. À auscultação pulmonar: fervores dispersos bilateralmente com menos intensidade no hemitorax posterior à direita. RFR realizada com mais colaboração da criança. Consegui implementar quase na íntegra as repetições estipuladas. Apresentou acessos de tosse eficaz, libertou expectoração esbranquiçada em moderada quantidade.</p> <p>No final da intervenção, parâmetros vitais adequados à idade, eupneica sem esforço respiratório e/ou cansaço. Apresenta SpO2 entre 96%-98% em AA. Incentivada a ingerir mais líquidos para fluidificar as secreções. Realizou RX que revelou <i>"sem derrames ou ar ectópico, Hipotransparência mais acentuada à esquerda. Aerocolia acentuada visível no RX"</i>.</p> <p><u>31/10/2018:</u></p> <p>Apresenta SpO2 entre 97%-99% em AA. Apresentava acessos de tosse produtiva ineficaz em pequena quantidade. Por vezes apresenta acessos de tosse eficaz e expulsa as secreções. À auscultação pulmonar: mantém fervores no hemitorax à esquerda. Concretizado plano de exercícios de RFR com sucesso. Apresentou acessos de tosse eficaz, libertou expectoração esbranquiçada em moderada quantidade. SpO2 no final da sessão de 99%-100% em AA. Feitos ensinamentos de educação para a saúde sobre o problema de saúde da A.; sobre os sinais de declínio da doença e sinais a vigiar. Ensino sobre os cuidados relacionados com a sutura operatória "sinais a vigiar na ferida: sinais inflamatórios (rubor, exsudado, edema, calor)". Reforço da importância de acompanhante da doença e consultas de vigilância. Feito reforço sobre a importância de apresentar uma postura correta e explicação dos benefícios. Iniciados ensinamentos sobre a medicação que irá realizar no domicílio à mãe.</p> <p><u>02/10/18:</u></p> <p>Realizada sessão de RFR com sucesso e colaboração da A.;</p> <p>Parâmetros adequados à idade, eupneica com SpO2 de 99%-100% em AA. Não refere cansaço e/ou outro sintoma. Auscultação melhorada, fervores à esquerda menos audíveis. Apresenta acessos de tosse eficaz com libertação de secreções em pequena quantidade. SpO2 de 100% em AA no final da sessão, normotensa, normocárdica. 24 ciclos respiratórios por minuto. Apirética. Reforço nos ensinamentos realizados e fornecido espaço à mãe para colocar as suas dúvidas. Teve Alta Médica.</p> | | | |

| | | | |
|----------|--|---|---|
| 24/10/18 | - Déficit de conhecimentos relacionados com a importância de ingerir água e/ou líquidos. | 1.Capacitação da criança e família para a sensibilização sobre a importância de ingerir água. | <p>-Ensinar à A. e à família os benefícios da A. ingerir água;</p> <p>-Explicar com uma linguagem adequado à idade da A. que são diversos os benefícios: promove o desenvolvimento motor, neurológico; promove o correto funcionamento das funções dos rins, bexiga, intestino e dos olhos, porque a água é constituinte da formação das lágrimas;</p> <p>-Explicar à A. que a água ajuda a eliminar do corpo as substâncias que não devem ser absorvidas, através da urina, sudorese, formada basicamente por água e substâncias tóxicas ou em excesso dissolvidas;</p> <p>-Explicar à família de que forma a água constitui um benefício para a saúde da A. e que deve ingerir pelo menos 1,5l de água por dia.</p> |
|----------|--|---|---|

AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DO EEER

24/10/2018: A A. no momento da colheita de dados refere que “não gosta de água” (SIC) e a mãe refere que a A. “não ingere quase água nenhuma”. Explicação à mãe dos benefícios de aumentar o aporte hídrico com água, para cerca de 1,5l de água por dia;

30/10/2018: Ao longo do turno, através da interação com a criança, contei várias histórias em que os “animais, bonecos, plantas beberem muita água e assim cresciam saudáveis e mais fortes”.

31/10/2018: Continuação da estratégia do dia anterior. Incentivo à A. para ingerir água, mantendo-se renitente.

2/11/2018: A criança e a mãe percebem os benefícios de ingerir água e conhecem os benefícios da hidratação. Realizado incentivo para a A. ingerir água ao longo do dia. Forneci algumas estratégias, por exemplo: ter um recipiente com um desenho/figura animada que goste e colocar lá a sua água. Teve Alta Médica.

| | | | |
|----------|--|---|--|
| 24/10/18 | - Déficit de conhecimentos relacionados com a situação atual de doença da filha. | 1.Capacitação dos pais para a autogestão da doença. | <ul style="list-style-type: none"> -Promover a escuta ativa e informação à medida que é necessária à mãe da A.; -Avaliação dos conhecimentos sobre a situação atual de saúde da A., fornecer informação escrita caso seja necessário; -Explicação da importância da A. manter a colocação dos elétrodos e oxímetro de dedo durante o internamento e durante os exercícios de RFR; -Explicação dos principais sintomas vivenciados pela A. relacionados com a patologia atual; -Explicação dos principais sinais e sintomas a vigiar (astenia, cianose central, sinais de dificuldade respiratória, febre); -Ensino sobre os cuidados a ter com a ferida (esternotomia) e sinais e sintomas de infeção ou complicações; -Explicação sobre todos os procedimentos realizados à A.; -Explicação e reforço de todas as medicações administradas à A., fornecer informação escrita e/ou outra se necessário – exemplo: desenhar diferentes seringas para explicar à mãe as dosagens; -Explicação e reforço sobre a importância dos exercícios de reabilitação respiratório para a melhoria do estado de saúde da A.; -Avaliação sobre a existência de receios, medos relacionados com a situação de saúde da A. Promoção da escuta ativa à mãe e A. |
|----------|--|---|--|

AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DO EEER

28/10/2018: No primeiro dia de interação com a mãe da A., promovi a escuta ativa e a mãe referiu estar “*com medo de ir para casa com a A.*”. Ao explorar o que a mãe disse, acaba por desabafar que “*não percebe o motivo da filha apresentar períodos de extremo cansaço*” (SIC) e ainda pede para explicar quais os “*sinais de declínio da patologia da filha e em que situações deverá recorrer ao hospital*” (SIC). Realizados os ensinamentos após identificação das necessidades da mãe e da criança. Feito reforço do ensino com a estratégia de pedir à mãe para me explicar o que lhe terminara de ensinar.

31/10/2018: Após administrar terapêutica à A. foram realizados ensinamentos sobre a medicação que foi administrada. Iniciados ensinamentos sobre a medicação que a criança irá realizar no domicílio.

02/11/2018: Reforço do ensino sobre as informações já transmitidas; tolerância à atividade física; medicação em ambulatório; cuidados à ferida; sinais e sintomas de declínio da doença. Proporcionado momento para a mãe retirar dúvidas existentes.

Apêndice 12 - Folha de Registo de RFR – Caso D

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: GUIA PARA COLHEITA DE DADOS

(Apreciação/Avaliação da criança/jovem utilizando o Modelo do Autocuidado)

Data: **24,25,30,31/10/2018 e 1 e 2/11/2018**

Dados Pessoais

Dados Antropométricos

Nome: **Criança Caso D**

Data de Nascimento:

Idade: **8 anos**

Sexo: **Feminino**

Centro de Saúde:

Agregado familiar: **Mãe**

Pessoa significativa: **Mãe**

Peso (Kg): Percentil (peso):

Altura (cm): Percentil (altura):

Perímetro abdominal:

IMC: Percentil (IMC):

Antecedentes Pessoais/História Atual de Saúde - (Requisitos de Autocuidado por desvio de saúde)

- Diagnóstico (s): **L-TGA com CIV grande**
- Motivo de Internamento: **Encerramento da CIV com patch de dacron + Debanding – Clampagem aórtica**
- Internamentos anteriores/cirurgias, anteriores:
- Terapêutica prescrita:
- Motivo de Inclusão no Plano de Reabilitação:

Exame Neurológico

- Estado de consciência: **Glasgow de 15**
- Estado de orientação: **Orientada no espaço, tempo e pessoa**
- Atenção/Concentração:
- Memória:
- Linguagem:
- Capacidades práxicas:
- Negligência hemiespacial unilateral:
- Avaliação dos pares cranianos:

Avaliação Funcional

| Escala | Score |
|---------------------------|-------|
| Braden Q Pediátrica | — |
| Escala de Borg Pediátrica | — |

| | | Data | | Data | | Data | |
|--|---------|------------------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|
| Exame Objetivo | | 24/10/18 | | 25/10/18 | | 30/10/18 | |
| Sinais Vitais | | Ini- cio | Fim | Ini- cio | Fim | Ini- cio | Fim |
| TA | | 109/52 | 110/58 | 109/52 | 110/58 | 109/52 | 110/58 |
| FC | | 103 | 95 | 100 | 89 | 110 | 90 |
| FR | | 28 | 24 | 30 | 25 | 35 | 25 |
| SpO2 | | 93 | 96 | 95 | 97 | 94 | 97 |
| Dor (NIPS, FLACC, Numérica) | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pele (Integra/Solução continuidade/Úlcera/Edema) | | Sutura da esternotomia | | | | | |
| Cianose (Sem/Central/Periférica) | | | | | | | |
| Pulsos centrais | | | | | | | |
| Pulsos periféricos | | | | | | | |
| Tosse (Eficaz/Não eficaz) | | NE | E | NE | E | NE | E |
| Expetoração (Sim/Não) | | S | S | S | S↓ | S | S↓ |
| Quantidade (Abundante/Moderada/Escassa) | | M | M | M | D | D | D |
| Hipocratismo Digital (Sim/Não) | | N | N | N | N | N | N |
| Ritmo Respiratório (Regular/Irregular) | | R | R | R | R | R | R |
| Tiragem | | | | | | | |
| Padrão Respiratório (Costal, Diafragma, Misto, Paradoxal) | | D | D | D | D | D | D |
| Amplitude (Superficial/Profunda) | | S | S | S | S | S | S |
| Precursão (Macicez, Som claro pulmonar, Timpanismo) | | | | | | | |
| Palpação | | | | | | | |
| Traqueia (linha média/desvio) | | | | | | | |
| Tórax (simétrico/assimétrico) | | S | S | S | S | S | S |
| Elasticidade (Mantida/Não mantida) | | | | | | | |
| Vibrações vocais (Mantida/Não mantida) | | | | | | | |
| Auscultação Pulmonar | | D | E | D | E | D | E |
| Murmúrio vesicular (Mantido, Diminuído, Abolido) | 1/3 Sup | | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| | 1/3 Inf | | | | | | |
| Murmúrio vesicular simétrico | 1/3 Sup | M | M | M | M | M | M |
| | 1/3 Med | M | M | M | M | M | M |
| | 1/3 Med | M | M | M | M | M | M |
| Ruídos adventícios (Roncos Crepitações, Sibilos, Fervores) | 1/3 Sup | F | F↓ | F | F↓ | F | F↓ |
| | 1/3 Med | F | F↓ | F | F | F | F↓ |
| | 1/3 Inf | | | | | | |
| Notas de Enfermagem | | | | | | | |

| | | Data | | Data | | Data | |
|--|---------|------------------------|-------|-----------|--------|-------------|--------|
| Exame Objetivo | | 31/10/2018 | | 1/11/2018 | | 2/11/2018 | |
| Sinais Vitais | | Início | Fim | Início | Fim | Ini- cio | Fim |
| TA | | 105/50 | 99/50 | 100/50 | 110/52 | 100/48 | 110/58 |
| FC | | 103 | 95 | 100 | 89 | 110 | 90 |
| FR | | 30 | 28 | 33 | 26 | 28 | 24 |
| SpO2 | | 94 | 98 | 94 | 99 | 93 | 99 |
| Dor (NIPS, FLACC, Numérica) | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pele (Integral/Solução continuidade/Ulcera/Edema) | | Sutura da esternotomia | | | | | |
| Cianose (Sem/Central/Periférica) | | | | | | | |
| Pulsos centrais | | | | | | | |
| Pulsos periféricos | | | | | | | |
| Tosse (Eficaz/Não eficaz) | | NE | E | NE | E | E | E |
| Expetoração (Sim/Não) | | S | S | S | S↓ | S↓ | S↓ |
| Quantidade (Abundante/Moderada/Escassa) | | M | E | M | E | E | E |
| Hipocratismo Digital (Sim/Não) | | N | N | N | N | N | N |
| Ritmo Respiratório (Regular/Irregular) | | R | R | R | R | R | R |
| Tiragem | | | | | | | |
| Padrão Respiratório (Costal, Diafragma, Misto, Paradoxal) | | D | D | D | D | D | D |
| Amplitude (Superficial/Profunda) | | S | S | S | S | S | S |
| Precursão (Maciez, Som claro pulmonar, Timpanismo) | | | | | | | |
| Palpação | | | | | | | |
| Traqueia (linha média/desvio) | | | | | | | |
| Tórax (simétrico/assimétrico) | | S | S | S | S | S | S |
| Elasticidade (Mantida/Não mantida) | | | | | | | |
| Vibrações vocais (Mantida/Não mantida) | | | | | | | |
| Auscultação Pulmonar | | D | E | D | E | D | E |
| Murmúrio vesicular (Mantido, Diminuído, Abolido) | 1/3 Sup | | | | | | |
| | 1/3 Med | | | | | | |
| | 1/3 Inf | | | | | | |
| Murmúrio vesicular simétrico | 1/3 Sup | M | M | M | M | M | M |
| | 1/3 Med | M | M | M | M | M | M |
| | 1/3 Med | M | M | M | M | M | M |
| Ruídos adventícios (Roncos Crepitações, Sibilos, Fervores) | 1/3 Sup | F | F↓ | F↓ | F↓ | F↓ | F↓ |
| | 1/3 Med | F | F↓ | F | F↓ | F↓ | F↓ |
| | 1/3 Inf | | | | | | |
| Notas de Enfermagem | | | | | | | |

Reabilitação Funcional Respiratória

| | 24/10/2018 | 28/10/18 | 1/11/2018 | 02/11/2018 |
|--|------------|----------|-----------|------------|
| Posição de Descanso e Relaxamento | x | x | x | x |
| Controlo e Dissociação dos Tempos Respiratórios | x | x | x | x |
| ▪ Expiração com os lábios semicerrados | x | x | x | x |
| ▪ Respiração Diafragmática | x | x | x | x |
| Reeducação Diafragmática | | | | |
| ▪ Porção anterior do Diafragma | x | x | x | x |
| ▪ Porção Posterior do Diafragma | x | x | x | x |
| ▪ Hemicúpula Diafragmática Direita | x | x | x | x |
| ▪ Hemicúpula Diafragmática Esquerda | x | x | x | x |
| ▪ Reeducação Diafragmática com Resistência | | | | |
| Reeducação Costal | | | | |
| ▪ Reeducação Costal Global | | | | |
| ▪ Reeducação Costal Seletiva | x | x | x | x |
| Mecanismos de Limpeza das Vias Aéreas | | | | |
| ▪ Drenagem Postural Modificada | | | | |
| 13. Lobo Superior | | | | |
| 14. Lobo Médio/Língua | | | | |
| 15. Lobo Inferior | | | | |
| ▪ Manobras Acessórias | | | | |
| 13. Vibração | | | | |
| 14. Compressão | | | | |
| 15. Percussão | | | | |
| Ensino da Tosse (Dirigida, assistida, com contensão da Sutura) | x | x | x | x |
| CATR (Respiração abdomino diafragmática+expansão torácica+ TEF) | | | | |
| Espirometria de Incentivo | | | x | |
| Flutter/Acapella | | | | |
| Terapêutica de Posição | | | | |

Apêndice 13 - Atividades Proposta a Desenvolver no Estágio Final

| Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - Hospital de Santa Marta, Serviço de Cardiologia Pediátrica | Períodos de estágio |
|---|---|
| Objetivos Específicos | 17 de Setembro de 2018 a 25 de novembro de 2018 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Identificar no momento da admissão quais os conhecimentos e capacidades que a criança/jovem e família demonstram relativamente às atividades dos cuidados; - Identificar quais as atividades de autocuidado que necessitam de mais ensino e treino; - Desenvolver um plano de intervenção direcionado ao ensino e treino de cuidados na criança/jovem e família; - Descrever as atividades de enfermagem que mais concorrem para o desenvolvimento das capacidades de autocuidado na criança/jovem e família com necessidades de cuidados de reabilitação; - Avaliar no momento da alta, os conhecimentos e capacidades adquiridas relativamente às atividades de cuidados. | |
| Atividades (sempre realizadas com a supervisão da EEER do local de estágio) | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento do serviço, recursos existentes e equipa multiprofissional; - Conhecimento da dinâmica de funcionamento do serviço; - Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem; - Identificação do papel do enfermeiro especialista de reabilitação na equipa multiprofissional; - Observação e participação na prestação de cuidados do enfermeiro especialista em reabilitação; - Identificação dos clientes e patologias existentes no serviço; - No momento da admissão, realização do acolhimento segundo a norma do serviço, realização da colheita de dados sobre a criança/jovem e família; - No momento da admissão, identificar quais os conhecimentos e capacidades que a criança/jovem e família demonstram; - Conhecimento das necessidades de reabilitação que as crianças/jovens e famílias apresentam durante o internamento e receios/medos relacionados com a alta e cuidados no domicílio; - Relembrar/Adquirir e consolidar intervenções do EEER, nomeadamente competências relativas a exercícios de reabilitação funcional respiratória e reabilitação funcional motora; - Desenvolver e aplicar técnicas diversas, necessárias à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à população-alvo; -Desenvolver intervenções no âmbito da promoção do autocuidado relacionado com as necessidades de reabilitação que os clientes possuam em parceria com a família; - Promover o envolvimento e participação da família no processo de cuidados, nomeadamente no âmbito da reabilitação; - Identificação e execução das intervenções do EEER para a promoção do autocuidado aos clientes; - Organizar e desenvolver programas globais de enfermagem de reabilitação centrados nas necessidades dos utentes (resultantes de deficiência, incapacidade ou doença); - Prestar cuidados personalizados diferenciados aos vários níveis de prevenção, na promoção da autonomia e independência funcional, minimizando os efeitos das deficiências e desvantagens apresentadas ou adquiridas; - Realização de formação e treino dirigida às crianças/jovens e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação identificados; - Promover uma adequada preparação e planeamento da alta dos clientes com ligação aos cuidados de saúde continuados, incluindo o assegurar os conhecimentos da criança/jovem e família; - Colaboração na formação em serviço no âmbito da dinamização de atividades inerentes à promoção do autocuidado às crianças/jovens e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação; - Ensinar, instruir, treinar e advogar a adoção de estratégias adaptativas; - No momento da alta, realizar entrevista aos clientes atribuídos com recurso à escala do autocuidado terapêutico, com o objetivo de avaliar os conhecimentos e capacidades adquiridas; - Elaboração de artigo científico sobre o papel do EEER na promoção do autocuidado na criança/jovem e família. | |

| | | |
|--|--|---|
| Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, Serviço de Internamento de Pneumologia Pediátrica | | 26 de novembro de 2018 a 13 de janeiro de 2019 |
| Objetivos específicos | | |
| <ul style="list-style-type: none">- Identificar no momento da admissão quais os conhecimentos e capacidades que a criança/jovem e família demonstram relativamente às atividades dos cuidados;- Identificar quais as atividades de autocuidado que necessitam de mais ensino e treino;- Desenvolver um plano de intervenção direcionado ao ensino e treino de cuidados na criança/jovem e família;- Descrever as atividades de enfermagem que mais concorrem para o desenvolvimento das capacidades de autocuidado na criança/jovem e família com necessidades de cuidados de reabilitação;- Avaliar no momento da alta, os conhecimentos e capacidades adquiridas relativamente às atividades de cuidados. | | |
| Atividades (sempre realizadas com a supervisão da EEER do local de estágio) | | |
| <ul style="list-style-type: none">- Conhecimento das instalações, recursos e equipa multiprofissional;- Conhecimento da dinâmica de funcionamento do serviço;- Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem;- Identificação do papel do enfermeiro especialista de reabilitação na equipa multiprofissional;- Observação e participação na prestação de cuidados do enfermeiro especialista em reabilitação;- Identificação dos clientes e patologias existentes no serviço;- No momento da admissão, realização do acolhimento segundo a norma do serviço, realização da colheita de dados sobre a criança/jovem e família;- No momento da admissão, identificar quais os conhecimentos e capacidades que a criança/jovem e família demonstram;- Conhecimento das necessidades de reabilitação que as crianças/jovens e famílias apresentam durante o internamento e receios/medos relacionados com a alta e cuidados no domicílio;- Relembrar/Adquirir e consolidar intervenções do EEER, nomeadamente competências relativas a exercícios de reabilitação funcional respiratória e reabilitação funcional motora;- Promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados respeitando a sua autonomia;- Colaboração na formação em serviço no âmbito da dinamização de atividades inerentes à promoção do autocuidado às crianças/jovens e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação;- Realização de ensino e treino ao longo do internamento, com foco nas necessidades de reabilitação das crianças/jovens e suas famílias;- Ensinar, instruir, treinar e advogar a adoção de estratégias adaptativas;- No momento da alta, realizar entrevista aos clientes atribuídos com recurso à escala do autocuidado terapêutico, com o objetivo de avaliar os conhecimentos e capacidades adquiridas. | | |

Apêndice 14 - Trabalho de RFR

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE BEJA
Saúde



ES
Escola
Superior
Saúde
IPPortalégua



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular: Estágio Final da Especialidade com Mestrado Integrado em
Enfermagem de Reabilitação

Reeducação Funcional Respiratória em Pediatria

Centro Hospitalar [REDACTED]

Serviço de Cardiologia Pediátrica

Setúbal, outubro de 2018

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Escola Superior de Saúde
IP Portalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular: Estágio Final da Especialidade com Mestrado Integrado em
Enfermagem de Reabilitação

Reeducação Funcional Respiratória em Pediatria

ORIENTAÇÃO:

Docente Regente:

Professora Eugénia Grilo

Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Instituto Politécnico de Castelo Branco

Tutor Ensino Clínico:

Enf.^a Especialista em Reabilitação Isabel Guerreiro

Serviço de Cardiologia Pediátrica

Discente:

Tânia Santos Ribeiro, n.º 170531085

Setúbal, outubro de 2018

SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ER – Enfermeiro Reabilitação

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

UC – Unidade Curricular

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS | 3 |
| INTRODUÇÃO | 5 |
| Técnicas de Reeducação Funcional Respiratória na pediatria..... | 6 |
| 1.Técnicas inspiratórias lentas..... | 6 |
| 2.Técnicas de expiração lenta | 7 |
| 3.Técnicas Expiratórias Forçadas..... | 8 |
| 4.Técnicas de Limpeza das Vias Aéreas Extra-torácicas | 9 |
| 5.Técnicas complementares de higiene brônquica..... | 9 |
| 6.Dispositivos de ajuda | 10 |
| 2. PLANO DAS SESSÃO – REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA EM PEDIATRIA..... | 12 |
| Considerações finais | 13 |
| Referências bibliográficas | 14 |

INTRODUÇÃO

O presente trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final de Enfermagem de Reabilitação do Mestrado em Enfermagem em Associação do ano letivo 2017/2018 a decorrer no serviço de Cardiologia Pediátrica do [REDACTED], consiste numa revisão bibliográfica sobre Reabilitação Funcional Respiratória em Pediatria. A escolha desta temática teve em consideração, ser do meu maior interesse e constituir o tema que vou apresentar em dispositivos à equipa na última semana de estágio (dia 21 e 22 de outubro de 2018).

A pesquisa foi realizada em manuais de referência de enfermagem de reabilitação, base de dados eletrónica B-ON e EBSCO de artigos científicos com friso cronológico entre 2010 e 2017, através das palavras-chave: enfermagem, enfermeiro, reabilitação e pediatria.

O objetivo deste trabalho, consiste na reflexão e identificação do papel do EEER na reabilitação funcional respiratória em pediatria. Enquanto futura enfermeira especialista em reabilitação constituiu-se de extrema importância, identificar onde, como e quando podemos fazer a diferença com os nossos cuidados, em quem podemos intervir, e em que situações, quais os nossos objetivos (Envejecimiento, 2017).

A área de Enfermagem de Reabilitação em Pediatria, assume um papel fundamental para obter ganhos em saúde nomeadamente na prevenção de limitações futuras, preservando as capacidades existentes, diminuindo as sequelas da imobilidade, maximizando a autonomia, independência funcional e, conseqüentemente, a qualidade de vida. Atendendo que, o EEER possui competências específicas em diversos domínios: cuidado de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática desses cuidados; capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (Regulamento n.º 125/2011).

Em pediatria, existem crianças e jovens com muitas necessidades de cuidados de reabilitação e por esse motivo, insisto em investigar nesta área. A intervenção do EEER em pediatria torna-se fundamental em diversas condições que provocam incapacidade à criança. Em Portugal, a melhoria das condições de vida e acesso aos cuidados de saúde têm permitido que muitas crianças, sobrevivam com graves sequelas neurológicas ou outras lesões significativas (Branco, 2016).

O profissional, assume um papel importante ao procurar conhecer a criança, identificar as suas reais necessidades, o seu meio envolvente e as condições necessárias para que a funcionalidade e a sua participação seja otimizada, e que seja capaz de viver de acordo com a sua incapacidade (Instituto Nacional de Reabilitação, 2010). A criança possui características próprias do seu desenvolvimento que devem ser interpretadas no processo de reabilitação, onde a família tem um papel de suporte de relevância (Latado, 2016).

Primeiramente, surge a descrição das diferentes técnicas de reeducação funcional respiratória em pediatria. De seguida, o plano das sessões a realizar no serviço de cardiologia pediátrica no Hospital de Santa Marta e por último, as considerações finais e referências bibliográficas.

A elaboração deste trabalho cumpre as diretrizes do novo acordo ortográfico português e obedece à norma de referência American Psychological Association [APA].

Técnicas de Reeducação Funcional Respiratória na pediatria

Atendendo a Hockenberry, M. J. et al. (2014), os objetivos dos exercícios respiratórios são: a realização eficaz da respiração diafragmática e intercostal; o relaxamento de todos os músculos, principalmente os da parte superior do tórax, cintura escapular e região cervical e a manutenção de uma postura correta. O número e o tipo de exercícios/técnicas dependem da idade da criança, da sua motivação, da força e do tipo e gravidade da patologia respiratória. A seleção dos exercícios deve de ter em conta as necessidades da criança/jovem (Hockenberry, M. J. et al., 2014).

Através da pesquisa realizada, são vários os exercícios e as técnicas de reabilitação respiratória que podem ser aplicados na idade pediátrica. As técnicas de RFR, segundo Cordeiro & Leite (2012), podem ser divididas em 5 grupos: técnicas inspiratórias lentas, técnicas de expiração lenta, técnicas expiratórias forçadas, técnicas de limpeza das vias aéreas extra-torácicas. Serão também apresentadas, inúmeras técnicas complementares de higiene brônquica.

Técnicas inspiratórias lentas:

São as técnicas que têm como principal objetivo fortalecer a capacidade de inspiração e drenar secreções das vias aéreas distais (Cordeiro & Leite, 2012).

De acordo com Cordeiro & Leite (2012), a **espirometria de incentivo** consiste num estímulo à realização de inspirações profundas com o objetivo de recrutar alvéolos colapsados, prevenir e/ou tratar síndromes restritivos (exemplos: pneumonias, atelectasias, pós-operatório abdominal ou torácico). Este estímulo pode ocorrer por incentivo e orientação do enfermeiro ou pela utilização de um espirometro. É essencial que a criança compreenda o exercício proposto, porque é fundamental a sua colaboração e deve ser utilizada numa idade superior a 3 e/ou 4 anos. Deve-se colocar a criança sentada ou semi-sentada, realizar uma inspiração lenta e profunda pela boca; após a inspiração máxima fazer pausa inspiratória de 3 a 4 segundos e depois fazer uma expiração pela boca. Tem como contraindicações, a necessidade de compreensão e colaboração da criança, a dor, broncospasmo e fadiga.

Os **Exercícios de Fluxo Inspiratório Controlado** consistem em inspirações lentas e profundas, realizadas em decúbito lateral, com o lado lesado supralateral (Cordeiro & Leite

,2012), Este decúbito vai permitir uma hiperinsuflação do pulmão supralateral e consequente depuração dos espaços aéreos periféricos. Geralmente, é realizado com recurso à espirometria de incentivo. Esta técnica é utilizada nas atelectasias e pneumonias e tem como contraindicações a dor resultante de uma afeção pleural, hiperatividade brônquica e no pós-operatório de pneumectomia. Deve ser aplicada a crianças com idade superior a 3/4 anos.

Técnicas de expiração lenta:

Estas técnicas baseiam-se na desinsuflação pulmonar para permeabilizar as vias aéreas médias, mobilizando secreções das vias médias para as proximais, para serem posteriormente expelidas (Cordeiro & Leite, 2012).

A **Expiração Lenta Prolongada** é uma técnica passiva em que se pretende obter um volume expiratório superior à expiração normal (Cordeiro & Leite, 2012). Deve colocar-se a criança numa superfície semirrígida em decúbito dorsal: realizar uma pressão manual, simultaneamente torácica e abdominal, lenta, iniciada no final da expiração espontânea. Está indicada nas obstruções brônquicas. Deve ser utilizada com prudência em situações de atresia do esófago operada, malformações cardíacas, afeções neurológicas centrais ou síndrome abdominal não identificado. Aplica-se geralmente até aos 2 anos, podendo ir até aos 8/10 anos.

A **Expiração lenta total com a glote aberta em infralateral** consiste numa expiração lenta que se inicia na capacidade respiratória funcional e continua até ao volume residual (Cordeiro & Leite, 2012). Posiciona-se a criança com o lado lesado infralateral, podendo o enfermeiro exercer uma pressão abdominal infralateral com uma mão, e com a outra mão pressão costal inferior supralateral, possibilitando a desinsuflação do pulmão infralateral. Está indicada nas obstruções brônquicas, principalmente em doentes crónicos com discinesia traqueobrônquica. Não deve ser aplicada nas obstruções cavitárias, abscesso, bronquiectasia importante. Dever se utilizada em idade superior a 10/12 anos.

Técnicas Expiratórias Forçadas

São técnicas utilizadas quando as secreções se deslocam das vias aéreas médias para as proximais (Cordeiro & Leite, 2012).

Atendendo a Cordeiro & Leite (2012), a **Técnica de Expiração Forçada** (crianças menores) é utilizada para mobilizar secreções proximais para a realização da higiene brônquica. Durante a expiração, faz-se pressão na parede costal antero-lateral com uma mão, a outra mão faz apoio estático contra lateral. Não deve ser aplicada em situações de fadiga, atelectasias e hipoxémia.

A **Tosse Dirigida** surge como resultado de um esforço de tosse voluntária que vai exigir a participação da criança em resposta ao incentivo pelo EEER (Cordeiro & Leite, 2012). Dirige-se assim a crianças maiores. Tem como objetivo, aumentar a eficácia da tosse através

do aumento da velocidade das partículas do ar. Utiliza-se na presença de secreções nas vias aéreas proximais. Está contraindicada nas discinesias traqueobrônquicas, fadiga, fragilidade osteoarticular, refluxo gastroesofágico, reflexo de vômito e hemoptises.

A **Tosse Provocada** é utilizada geralmente em crianças pequenas que não são capazes de realizar a tosse ativa e eficaz, pelo que se induz a tosse através da estimulação dos receptores mecânicos situados na parede da traqueia extratorácica (Cordeiro & Leite, 2012). Com a criança em decúbito dorsal, exercer uma breve pressão dos dedos na traqueia logo acima do esterno, no final da inspiração ou no início da expiração. Não deve ser aplicada em situação de afecções laríngeas, refluxo gastroesofágico, perante reflexo de vômito e durante o choro (Cordeiro & Leite, 2012).

Técnicas de Limpeza das Vias Aéreas Extra-torácicas

Segundo Cordeiro & Leite (2012), estas técnicas visam a manutenção da permeabilidade das vias aéreas extra-torácicas, de modo a que estas possam preservar as suas funções.

A **Desobstrução Rinofaríngea Retrógrada** tem como objetivo a desobstrução da rinofaringe (Souto, 2016). No final da expiração, fechar a boca e realizar uma ligeira extensão cervical, forçando a inspiração pelo nariz. Poderá ser simultaneamente instilada uma substância terapêutica. É utilizada em crianças até aos 24 meses. Está contraindicada quando não há tosse reflexa e eficaz e na presença de estridor laríngeo (Souto, N., 2016).

A **Instilação Nasal** consiste na limpeza das fossas nasais com soro fisiológico. Tem uma ação descongestionante e é aplicada em situações de obstrução rinofaríngea (Cordeiro & Leite, 2012).

A **Aspiração de Secreções nas Vias Aéreas Superiores** consiste na aspiração da naso e orofaringe. É utilizada em lactentes ou em crianças que não tenham uma tosse eficaz e que não conseguem eliminar as secreções por deglutição e/ou expectoração. É uma técnica invasiva que deve ser utilizada com ponderação. Pode ser acompanhada de instilação nasal de soro fisiológico para fluidificar as secreções (Souto, 2016). O EEER deve adequar o calibre da sonda ao diâmetro da narina (deve ser inferior), introduzir a sonda e não ultrapassar os 15 segundos de tempo de aspiração (Latado, 2016).

A **Nebulização**, pode ser utilizada para diminuir a obstrução da via aérea, aumentar o calibre da via aérea ou humidificar as secreções brônquicas facilitando a sua eliminação. A criança deve estar sentada ou semi-sentada. A escolha do método utilizado deve ser em função da idade (Cordeiro & Leite, 2012).

Técnicas complementares de higiene brônquica

A Drenagem Postural está indicada quando o líquido e/ou as secreções excessivas dos brônquios não são removidos através da atividade ciliar normal e/ou tosse (Wilson,2014). É uma técnica de mobilização de secreções para os brônquios principais que consiste numa sequência de posições baseadas nas divisões segmentares da árvore brônquica e na ação da gravidade (Souto,2016). Assim, utiliza a ação da gravidade, de forma a haver a progressão das secreções das vias periféricas para as centrais, para posteriormente serem eliminadas através da tosse. É eficaz em doentes que produzem muitas secreções, como na FQ e nas bronquiectasias. Pode ser acompanhada com técnicas de percussão e vibração. Consoante a região que se pretende drenar, assim varia o posicionamento da criança. A duração de cada posição de drenagem depende da tolerância da criança, estando descrito entre 5 a 10 min em cada posição. A drenagem postural pode ser feita com a criança no colo ou no berço/cama. Não deve ser aplicada em situações de hemoptises, fístulas broncopleurais, edema pleural, descompensação cardíaca, instabilidade hemodinâmica, pressão intracraniana aumentada, hipoxemia grave, hipertensão, entre outras (Souto,2016).

As vibrações são movimentos oscilatórios rítmicos e rápidos de pequena amplitude aplicados sobre o tórax com as mãos ou dispositivos elétricos, na fase expiratória. As mãos devem estar espalmadas e acopladas ao tórax, o punho e o cotovelo permanecem imóveis, enquanto é executada uma contração isométrica do membro superior que idealmente provoca ondas mecânicas de 10 a 15Hertz (Souto,2016). São aplicadas para complementar a higiene brônquica, com o objetivo de mobilizar as secreções de tornar o muco mais fluído. Esta técnica provoca um relaxamento dos músculos da parede torácica, que melhora a perfusão alveolar. As vibrações podem ser manuais ou instrumentais, as instrumentais não devem ser aplicadas em lactentes menores de 3 meses. Está contraindicada quando causa grande desconforto à criança, no pneumotórax não drenado, hemorragia pulmonar, enfisema subcutâneo, alteração da coagulação e broncospasmo.

Existem algumas técnicas para realizar percussões, mas o fundamental é adaptar a técnica ao tamanho do tórax; assim pode ser realizada com a mão em concha ou em ventosa, ou com as extremidades das falanges distais no lactente. As percussões tratam-se de pancadas rítmicas aplicadas sobre o tórax coberto, no sentido dos arcos costais com as mãos e/ou dispositivos, com uma frequência de 5 a 6 Hertz (Souto,2016).

Para maior conforto do doente devem ser realizadas sobre uma camada fina de roupa. Esta técnica não deve provocar desconforto, devendo apenas ser realizada durante 2 a 3 minutos. Não deve ser realizada sobre o esterno, vértebras, rins ou áreas sensíveis. As percussões no RN estão contraindicadas pois a sua eficácia não está comprovada e há risco de hipoxémia, fratura de costelas e lesões cerebrais (Cordeiro & Leite, 2012).

As técnicas de correção postural permitem uma melhor ventilação e ajudam na prevenção e correção de defeitos posturais. Para a aplicação desta técnica pode utilizar-se um espelho quadriculado. Só pode ser aplicada a crianças maiores pois é exigida uma confrontação e consciencialização da postura do corpo (Cordeiro & Leite, 2012). Os exercícios respiratórios e posturais são técnicas bastante úteis para as crianças com cifoescoliose, fibrose quística, asma e bronquiectasias (Hockenberry, M. J. et al., 2014).

As **compressões** devem ser realizadas com as mãos dispostas nos sentidos dos arcos costais e a força compressiva deve ser distribuída igualmente entre a palma e os dedos, na fase expiratória. A técnica está contraindicada na osteopenia da prematuridade, na trombocitopenia e na fratura das costelas (Walsh et al., 2010).

O **Choro** potencia as técnicas de limpeza das vias aéreas. É constituído por acessos intermitentes de agitação vogal e motora, sendo comparado ao mecanismo de expiração com os lábios semi-cerrados. Proporciona a adução das cordas vocais e o consequente aumento da resistência expiratória, favorecendo o recrutamento alveolar. O EEER deve potenciar a contribuição positiva do choro, acompanhando com movimentos vibratórios na fase expiratória (Latado, 2016).

Dispositivos de ajuda

Capítulo realizado através da consulta do manual de referência referente a Cordeiro & Leite (2012).

Segundo Cordeiro & Leite (2012), o **Flutter** exerce uma pressão expiratória positiva oscilatória que vai possibilitar a diminuição da viscoelasticidade do muco e a eliminação de secreções. É uma técnica de aprendizagem fácil, a pessoa deve estar sentada confortavelmente, fazendo uma inspiração profunda, seguido de pausa respiratória, e depois uma expiração prolongada, ajustando os lábios no bucal do flutter. Realiza-se esta sequência 4 a 8 vezes e depois tenta-se expelir as secreções através da tosse. Está aconselhado em doentes hipersecretores (ex: DPOC, FQ, asma). Está contraindicado em situação de pneumotórax, hemoptise, enfisema pulmonar ou patologia cardíaca.

O **Acapella** tem como objetivo facilitar a remoção de secreções em doentes hipersecretores (ex: DPOC, FQ, asma). Está recomendado 10 a 20 inspirações e expirações, seguido de 3 a 4 huffs com tosse. Não tem contraindicações específicas, no entanto aconselha-se precaução nas situações de: instabilidade hemodinâmica, pressão intracraniana aumentada, traumatismo ou cirurgia da face ou esófago, rutura do tímpano, sinusite aguda. São aparelhos caros. É um dispositivo recente, de fácil utilização, podendo ser usado em qualquer posição (Cordeiro & Leite, 2012).

Considerando Cordeiro & Leite (2012), a técnica de **Pressão Expiratória Positiva** (PEP) consiste numa máscara facial acoplada a uma válvula unidirecional com uma resistência aumentada na fase expiratória. Tem como objetivo a remoção de secreções. A criança inspira e expira dentro da máscara, aproximadamente 15 vezes num período de 2 minutos, seguido de um período de descanso com respirações fora da máscara. O procedimento é repetido durante cerca de 20 minutos e geralmente é realizado 2 vezes por dia.

Os programas de RFR devem iniciar-se com a **consciencialização e controlo da respiração**, que consiste na tomada de consciência do que é a respiração, dissociando-a nos seus dois tempos: inspirando pelo nariz e expirando pela boca (Cordeiro & Leite, 2012).

Esta tomada de consciência é fundamental conseguir ter o controlo da respiração, o que irá permitir coordenar o movimento respiratório e relaxar a parte superior do torax. Com este objetivo são utilizadas técnicas como **expiração com os lábios semicerrados** e a **respiração diafragmática** (Cordeiro & Leite, 2012).

As **posições de descanso e de relaxamento** têm como objetivo diminuir a tensão psíquica e muscular, facilitar o controlo da respiração e a colaboração do doente, e reduzir a sobrecarga emocional. Há posições indicadas para as crises de dispneia (exemplo a posição de cocheiro) que permitem o relaxamento do tronco e facilitam a respiração diafragmática. Cada doente deve escolher a sua posição de maior conforto (Cordeiro & Leite, 2012).

O **Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias** (CATR) é composto por 3 fases: controle respiratório (respiração diafragmática), expansão torácica e técnica de expiração forçada. O CATR vai facilitar a mobilização das secreções em direção aos brônquios principais para serem facilmente expelidas. Esta técnica pode ser realizada na posição de sentada ou combinada com a drenagem postural (Cordeiro & Leite, 2012).

A **Técnica de Expiração Forçada** (TEF) aplicada a crianças maiores e adultos consiste numa inspiração seguida de expiração forçada com a glote aberta (emitindo o som “huff”), podendo ser acompanhada de tosse ou de um “huff” de alto volume pulmonar; no final existe um período de relaxamento com respiração diafragmática controlada. É eficaz na limpeza das vias aéreas e na melhoria da função pulmonar.

A **drenagem autogénica** permite a realização da higiene brônquica através de inspirações e expirações lentas e ativas, que são controladas pelo próprio. Esta técnica tem por base alterações de volumes e do fluxo aéreo. É muito utilizada nas doenças respiratórias crónicas, como na FQ. A drenagem autogénica tem três fases: desprendimento das secreções dos brônquios periféricos, acumulação nos brônquios de médio calibre e a eliminação das secreções (Cordeiro & Leite, 2012).

O **treino de exercícios aeróbios** vai permitir aumentar a tolerância ao esforço, diminuir a dispneia e melhorar a eficácia do trabalho muscular (Cordeiro & Leite, 2012).

| | Plano da Sessão – Reabilitação Funcional Respiratória em Pediatria | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|---|--|-------------------------|------------|
| Tema da sessão | Reeducação Funcional Respiratória em Pediatria | | | | Duração: 20minutos | |
| População-alvo: | Profissionais de saúde do serviço de Cardiologia Pediátrica do Centro Hospitalar [REDACTED] | | Data: 20 a 21 de novembro de 2018 (2 sessões) | | Horário: 16h30 às 16h50 | |
| Local | Sala de Trabalho do Serviço de Cardiologia Pediátrica | | | Formador: Estudante Especialidade Reabilitação Tânia Ribeiro | | |
| Objetivos gerais | Transmissão à equipa de enfermagem de conhecimentos e competências relativos à Reeducação Funcional Respiratória em Pediatria . | | | | | |
| Objetivos específicos | Identificação do papel do EER na equipa multiprofissional; Conhecimento das diferentes técnicas de reabilitação funcional respiratória; Sensibilizar a equipa para as complicações da deglutição comprometida. | | | | | |
| Sessões/Dia | Conteúdo Programático | | Métodos e técnicas pedagógicas | Equipamentos/ meios didáticos | Formador | Tempo |
| 1.SESSÃO (20 de novembro de 2018) | Introdução Objetivos da Enfermagem de Reabilitação Enfermeiro de Enfermagem de Reabilitação Especificidades do Aparelho Respiratório da Criança Reeducação Funcional Respiratória Objetivos da Reeducação Funcional Respiratória Princípios da reeducação Funcional Respiratória Aplicabilidade da reeducação Funcional Respiratória Sinais de dificuldade respiratória Exercícios e Técnicas de reeducação Funcional Respiratória Considerações Finais Referências Bibliográficas Esclarecimento de dúvidas | | - Expositivo | PC da sala de trabalho | Enfermeira Tânia | 20 minutos |
| | Avaliação da sessão | | - Ativo | | | |
| 2.SESSÃO (21 de novembro de 2018) | Introdução Objetivos da Enfermagem de Reabilitação Enfermeiro de Enfermagem de Reabilitação Especificidades do Aparelho Respiratório da Criança Reeducação Funcional Respiratória Objetivos da Reeducação Funcional Respiratória Princípios da reeducação Funcional Respiratória Aplicabilidade da reeducação Funcional Respiratória Sinais de dificuldade respiratória Exercícios e Técnicas de reeducação Funcional Respiratória Considerações Finais Referências Bibliográficas Esclarecimento de dúvidas | | | PC da sala de trabalho | Enfermeira Tânia | 20 minutos |
| | Avaliação da sessão | | - Ativo | | | |

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto futura EEER, a elaboração deste trabalho permitiu a consolidação de conhecimentos sobre as competências do EEER relativo às técnicas de reabilitação funcional respiratória em pediatria. Conclui que, a intervenção do EEER em pediatria implica o conhecimento das fases de desenvolvimento da criança.

Ao realizar pesquisas nas bases de dados científicas, verifiquei que são poucos os artigos publicados na área da enfermagem de reabilitação. Apurei que, a área da pediatria é ainda pouco explorada junto dos EEER. Porém, fica em mente a vontade de explorar o mundo da reabilitação em pediatria, realizar projetos nesta área e dar a conhecer a intervenção do EEER no grande mundo da pediatria.

Pretendo, com a apresentação aos colegas do serviço de cardiologia pediátrica, transmitir o trabalho que o EER realiza e apresentar as técnicas de RFR existentes e adequados a cada faixa etária e situação de saúde

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandeira, T., & Castro, L. (2009). Reabilitação Respiratória na Pediatria. Em M. J. Gomes, & R. Sotto-Mayor;
- Branco, P. S. (2016). A Criança com Necessidade de Cuidados de Reabilitação. Cap. I In: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Longo do Ciclo de Vida. 25. Lisboa: Lusodidacta;
- Cordeiro, M. & Leite, T. (2012). Reeducação Funcional Respiratória em Pediatria. In Cordeiro, MC & Menoita, E(Eds). Manual de Boas Práticas. Reabilitação Respiratória. (pp. 321-352). 1ª Ed. Lisboa: Lusociência;
- Cordeiro, M.C., Menoita, E. & Mateus, D. (2012). Limpeza das vias aéreas: conceitos, técnicas e princípios. Journal of Aging & Inovation, 1 (5): 30-44;
- Cordeiro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (2012). Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória. Lusociência: Loures;
- Envejecimiento, R. I. D. E. S. Y. (2017). V.1 (3) 1. abril 2017, 3;
- Hockenberry, M. J. et al. (2014). Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 9.ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier;
- Instituto Nacional para a Reabilitação (2010). CIF - CIF uma mudança de paradigma. Acedido em 16-12-2017. Disponível em: <http://www.inr.pt/content/1/52/cif-uma-mudanca-paradigma>;
- Labado, V. (2016). A Criança com Necessidade de Cuidados de Reabilitação. Cap. IV In: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Longo do Ciclo de Vida. 337. Lisboa: Lusodidacta;
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidacta;
- Regulamento n.º 125/2011. DR II Série. (18-02-2011). 8658-8659.
- Souto, S. (2016). A Criança com Necessidade de Cuidados de Reabilitação. Cap. IV In: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Longo do Ciclo de Vida. 297-305. Lisboa: Lusodidacta;
- Walsh, B. et al. (2010). Perinatal and Pediatric Respiratory Care. (3.ªed.). Missouri: Saunders Elsevier.

Apêndice 15 - Trabalho de Reeducação Funcional Respiratória
– Sessão de Formação

REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA



Reeducação Funcional Respiratória

Terapêutica baseada no movimento, vai atuar principalmente nos fenômenos mecânicos da respiração, ou seja, na ventilação externa, e através dela melhorar a ventilação alveolar, utilizando vários exercícios respiratórios." (Cordero & Mendes, 2012, p. 81)



Objetivos - Reeducação Funcional Respiratória Pediátrica

- Mobilização e eliminação das secreções brônquicas
- Melhorar a Ventilação Pulmonar
- Melhorar a Oxigenação e Trocas Gasosas
- Promover a Expansão Pulmonar
- Prevenção e Correção de Alterações Músculo-Esqueléticas
- Melhorar a Performance dos Músculos Respiratórios
- Redução do Esforço
- Prevenção de Complicações



Contraindicações Absolutas

- Alterações recentes (últimos 2 dias no ECG)
- Angina instável
- Arritmias cardíacas não controladas
- Estenose aórtica severa sintomática
- Insuficiência cardíaca não controlada
- Tromboembolismo pulmonar recente
- Myocardite ou pericardite em fase aguda
- Infecções agudas (com hipertermia)



Princípios - Reeducação Funcional Respiratória Pediátrica



Aplicabilidade - Reeducação Funcional Respiratória Pediátrica

- Bronquiolite
- Astma
- Pneumonia
- Atelectasias
- Fibrose Quística
- Derrame Pleural
- Doenças Neuromusculares
- Doenças Neurológicas
- Pré e Pós-operatórios

Sinais de Dificuldade Respiratória

- Taquipneia
- Adoço nasal
- Tiragem intercostal, supra/subcostal, supra/infraclavicular e infraclavicular
- Contracção de musculatura acessória da respiração
- Movimento paradoxal do abdômen
- Gemidos Expiratórios
- Estridor Inspiratório
- Sibilos e aumento do tempo expiratório
- Palidez cutânea e cianose central (sinal tardio)



EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA



EXERCÍCIOS E TÉCNICAS DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

Devem ser iniciadas de 1 hora a mais a duas horas após a última refeição. Controle da hipertenção antecipadamente



Respiração Diafragmática

Indicações: Crianças/jovens com padrão respiratório inadequado

Objetivo: Melhorar o padrão respiratório, reduzir a dispnéia, reduzir a ansiedade, melhorar do volume corrente, aumento da parede abdominal, reduzir a atividade muscular acessória e melhorar dos gases arteriais.

| Posição | Porção do diafragma a trabalhar |
|---------------------------|---------------------------------|
| Decúbito lateral direito | Porção direita |
| Decúbito lateral esquerdo | Porção esquerda |
| Decúbito ventral | Porção anterior |
| Decúbito dorsal | Porção posterior |

Cordeiro e Menzies (2012)



Reeducação Costal Seletiva e Global

| | |
|------------------|---|
| Indicações | Aumentar a eficiência da respiração e melhorar o processo de ventilação |
| Contraindicações | - Traumatismo torácico, osteoporose grave |
| Objetivos | - Corrigir assimetrias e deficiências ventilatórias graves; - Promover limitações e mobilidade costal e diafragmática; Fortalecer e coordenar a atividade muscular. |
| Observações | - Realizar de forma global e/ou seletiva; - Associado a outras técnicas respiratórias (expiração diafragmática, lábios semi-cerrados) - Associado a dispositivos de muscular (resistência da propulsão de água, pesos, barras elásticas, bexigas) |

Cordeiro e Menzies (2012)



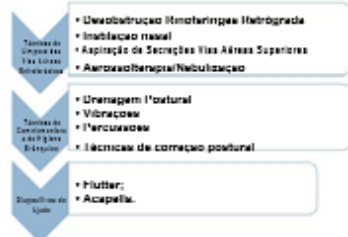
Exercícios e Técnicas de Reabilitação Funcional Respiratória

Devem ser iniciadas de 1 hora a mais a duas horas após a última refeição. Controle da hipertenção antecipadamente



Exercícios e Técnicas de Reabilitação Funcional Respiratória

Devem ser iniciadas de 1 hora a mais a duas horas após a última refeição. Controle da hipertenção antecipadamente



Técnicas Inspiratórias Lentas

Favorecem a capacidade inspiratória e promovem a drenagem de secreções das vias aéreas mais distais.

Espirometria de Incentivo



- Melhora da capacidade inspiratória, reduzindo o risco de atelectasia, sendo o objetivo da manobra de aumentar a capacidade inspiratória e promover a drenagem das secreções das vias aéreas.
- Contraindicações: Sequestro pulmonar, derrame pleural e Colapso
- Realizada em todos os pacientes com DPOC, mesmo aqueles com uma pneumonia, a capacidade inspiratória pode ser reduzida significativamente.
- Não deve ser realizada em pacientes com hipertensão da cabeça (pressão superior a 140/90 mmHg)
- A manobra é realizada em posição de decúbito dorsal, com o paciente em posição de conforto, com o dispositivo de incentivo na boca.

Técnicas Expiratórias Lentas

Expiração lenta Prolongada



- Tem como objetivo obter um volume expirado mais elevado que numa expiração normal;
- Deve ser realizada com o paciente em posição de decúbito dorsal. Deve ser realizada com a cabeça baixa, com o tronco e abdômen e torácico no final do tempo expiratório expandidos, que se deve manter até ao volume residual. Não se encerra a expiração durante a primeira parte da expiração;
- Requer prática e experiência, dada as inúmeras particularidades técnicas da técnica;
- Tem como indicações proporcionar a higiene brônquica das vias aéreas mais próximas, para facilitar a expulsão das secreções, e na destruição pulmonar;
- Lactentes (com idade inferior a 2 anos), embora também possa ser aplicada em crianças maiores até aos 10 anos de idade;

Técnicas Expiratórias Lentas

Expiração lenta Prolongada



- Recomenda-se prudência no caso de: atelectasia do pulmão operado, malformações cardíacas, afecções neurológicas centrais, e qualquer síndrome abdominal não identificada. Contraindicações: febre alta, taquicardia e taquipneia acentuadas, cianose central.



Técnicas Expiratórias Lentas

Expiração Lenta Total com a Glorinha em Intraoral

Uma expiração lenta total com a glorinha em intraoral, ou seja, em decúbito lateral sobre o lado que se pretende realçar as secreções das vias aéreas para se proximais.

O enfermeiro pode complementar a técnica colocando-se posteriormente à criança e exercendo uma pressão abdominal infraumbilical com uma das mãos e com a outra apoiar uma pressão de contra apoio na região costal inferior expiratória, favorecendo a desinflação do pulmão infraumbilical.

Dirige-se essencialmente às obstruções brônquicas médias.

Necessita da colaboração da criança. Idades superiores aos 10-12 anos.

Contraindicações: obstrução cavitária, abscesso, bronquiectasia, estase de costais, cirurgia abdominal recente, pneumonia e outros comprometimentos da parede torácica.

Da criança malhada pode-se recorrer a um espelho, pedindo-lhe para expirar tentando embalar o mesmo para poder observar o seu nome, mantendo-se princípios posicionais.

Técnicas Expiratórias Forçadas

Sobretudo as técnicas expiratórias lentas quando as secreções se deslocam das vias aéreas médias para as vias proximais, que constituem o seu principal local de situação.

A escolha da técnica expiratória forçada deve ser adaptada em função da idade da criança, podendo ser ativa, passiva ou ambas.



Técnicas Expiratórias Forçadas



Técnica Ulnar



Tem como principal objetivo um aumento da velocidade das partículas de ar, o que consequentemente aumenta a eliminação de tosse.

Contraindicações: distúrbios traqueobronquiais, fadiga, fragilidade osteoarticular, refluxo gastroesofágico, ou reflexo de vômito, ou hemoptises.

Tiragem Intercoastal, Supraumbilical, supraclavicular e infraumbilical.

Trage como um esforço de tosse voluntária feito pela criança cooperante em resposta ao incentivo do enfermeiro.

Técnicas Expiratórias Forçadas

Técnica Pectoral



Tem o mesmo objetivo da técnica Ulnar, a diferença das mãos, sendo passivas, ficando as mãos encostadas no tórax, favorecendo a expansão do tórax.

Tem como principal objetivo um aumento da velocidade das partículas de ar, o que consequentemente aumenta a eliminação de tosse.

Tem o mesmo objetivo da técnica Ulnar, a diferença das mãos, sendo passivas, ficando as mãos encostadas no tórax, favorecendo a expansão do tórax.

Tem como principal objetivo um aumento da velocidade das partículas de ar, o que consequentemente aumenta a eliminação de tosse.

Tem o mesmo objetivo da técnica Ulnar, a diferença das mãos, sendo passivas, ficando as mãos encostadas no tórax, favorecendo a expansão do tórax.

Tem como principal objetivo um aumento da velocidade das partículas de ar, o que consequentemente aumenta a eliminação de tosse.

Técnicas de Limpeza das Vias Aéreas Extratorácicas

Expiração Rítmica



Tem como objetivo a expulsão de secreções.

No final do tempo expiratório o enfermeiro fecha a boca da criança fazendo uma ligeira aspiração, fazendo assim a criança sentir a "tuga" suavemente, sem mobilizar as secreções.

Esta técnica pode melhorar resultados, acompanhada de ventilação oral ou até fisiológico.

Criança com menos de 3 meses.

Contraindicações: aspiração de secreções ou vômitos e presença de ventos torácicos.

Na execução desta técnica o enfermeiro pode apoiar a cabeça da criança sobre o seu ombro, com a cabeça da criança virada para o lado da expiração. Lento e prolongado. Técnica Pectoral ou Ulnar.

Técnicas de Limpeza das Vias Aéreas Extratorácicas

Instilação nasal



Técnica de limpeza das vias aéreas extratorácicas, através do nariz, com o uso de soro fisiológico, que deve ser de preferência a temperatura corporal.

Pode facilitar a expulsão de secreções, através do nariz, através do nariz.

A sua ação é imediatamente descongestionante.

Condição de facilidade de uso fisiológico e manuseio das mãos, em movimentos circulares com a ponta dos dedos.

Indicada a criança de todas as idades.

Técnicas de Limpeza das Vias Aéreas Extratorácicas

Aspiração de Secreções

Processo de Aspiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Técnicas de Complementares da Higiene Brônquica

Drenagem Postural

Processo de Aspiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Respiração:

Técnicas de Complementares da Higiene Brônquica

Drenagem

Postural

Segmentos anteriores dos lobos superiores

Eleva o tórax da criança, com o apoio de uma ou duas almofadas, e posicionar a mão na região inferior do tórax da criança



Técnicas de Complementares da Higiene Brônquica

Drenagem

Postural

Segmentos posteriores dos lobos superiores

Colocar a criança em decúbito ventral com o tronco mais elevado que as pernas inferiores, e colocar a mão na parte superior da região dorsal



Técnicas de Complementares da Higiene Brônquica

Drenagem

Postural

Segmentos anteriores dos lobos inferiores

Colocar a criança em decúbito dorsal e inclinar discretamente para baixo



Técnicas de Complementares da Higiene Brônquica

Drenagem

Postural

Segmentos posteriores dos lobos inferiores

Com a criança em decúbito ventral, sobre uma almofada, inclinar cuidadosamente o tronco e a cabeça para baixo



Técnicas de Complementares da Higiene Brônquica

Drenagem

Postural

Região média do pulmão, direita ou esquerda



Colocar a criança deitada sobre a almofada, discretamente de lado. É importante que o rosto fique livre para respirar e o peso do corpo não pressione o tórax, ou o ombro que ficar por baixo

Técnicas de Complementares da Higiene Brônquica

Vibrações

Tem como objetivo mobilizar as secreções, alterando também as características físicas do muco, tornando-as mais fluidas. Promove também o relaxamento das musculaturas da parede torácica, mantendo a pressão arterial e devido ao seu efeito vibratório provoca aumento a amplitude das movimentos ciliados

Em crianças maiores é realizada com a mão na parede torácica, através de uma contração isométrica do membro superior que produz e impulsiona um movimento vibratório. Acompanha o movimento de caixa torácica durante a expiração, com a criança de preferência semi-erecta. No lactente é executada com a criança em posição dorsal e colocando uma mão na região abdominal e outra na região torácica. Devem ser efetuadas de preferência vibrações que englobem todo o tórax, em detrimento das vibrações localizadas

Indicada em crianças com idade superior a 3 meses

Contraindicações: pneumotórax, enfisema subcutâneo, hemorragia pulmonar, alteração de coagulação e broncoespasmo. Não deve ser executada caso cause grande desconforto à criança, irritabilidade e choro

Técnicas de Complementares da Higiene Brônquica

Percussões



Percussões rítmicas aplicadas sobre o tórax coberto no ventre das mãos com as mãos ou dispositivos

Adequado ao tamanho do tórax da criança

Em lactentes a 2ª, 3ª e 4ª dedos e tamanho reduzido do tórax pode ser realizada apenas com a 2ª, 3ª e 4ª dedos

Em crianças maiores associar com a mão em concha ou em ventosa

São mal toleradas pelas crianças pequenas

Contraindicações: presença de febre, de tosse, hemoptise, dor torácica, enfisema, pneumotórax, tuberculose pulmonar ativa e mal formação cardíaca

Flutter



Forma uma Pressão Rápida e Profunda (PRP) oscilatória

Forma a pressão de fluxo oscilatória no tórax e no abdômen

Indicado em situações de hiperinflação alveolar, como em DPOC, bronquite crônica

A respiração é controlada e o tempo de expiração é controlado para ser a metade da inspiração

Em lactentes a pressão oscilatória é feita no tórax e no abdômen. Solta no tórax, peito e abdômen com 1 ou 2 dedos. Não é indicado em lactentes com tosse ou com secreção

Contraindicações: hemoptise, presença de febre, tosse, mal formação cardíaca

Acapella

Elimina as secreções em pessoas com hipersecreção brônquica

Gerenciador de alta frequência de fluxo aéreo e pressão inspiratória (PCIP), fluxo-dependente

É possível a Realização da Respiração e a Realização da Pressão, pelo posicionamento do anel

Indicado em situações de hipersecreção brônquica, como em DPOC, bronquite crônica, asma

Pode ser usado tanto na posição de entrada, de saída ou de ambos, desde que não dependa da ação da pressão. Pode melhorar a ventilação do dispositivo

Recomendamos 10-20 inspirações e 10-20 expirações por dia, a cada 4 horas



Contraindicações: instabilidade hemodinâmica, presença incapacidade de tolerar o trabalho respiratório, pressão intracraniana superior a 20 mmHg, traumatismo e cirurgia da face ou do tórax recente, hemoptise, pneumotórax, síndrome aguda ou crônica respiratória

REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO



Objetivos

Prevenção e tratamento de complicações broncopulmonares, pleurais, circulatórias e posturais no pós-operatório

Conteúdo

Componente Educacional: ensino e treino da tosse, exercícios respiratórios/expiratórios de incentivo, técnicas de limpeza da via aérea e técnicas de expansão pulmonar, exercícios musculares, mobilização precoce e exercícios de correção postural.

Informações sobre o tipo de cirurgia, cuidados a ter com a ferida operatória e com os drenos.



REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO



Objetivos

- Redução dos riscos de complicações, aumentar a capacidade funcional residual, aumentar a qualidade de vida e evitar novas hospitalizações.
- Prevenção de retenção de secreções, atelectasias, diminuição da mobilidade torácica, alterações posturais e o descondicionamento físico inerente à imobilidade.

No pós-operatório de cirurgia cardíaca:

- Otimizar a ventilação e ~~assestar~~ o tecido pulmonar
 - Melhorar a capacidade ~~ventilatória~~
 - Técnicas de relaxamento e técnicas de correção postural
 - Exercícios de expansão torácica
 - Técnicas de tosse
 - Drenagem postural modificada e desmbrulção precoce
- Considera-se: sempre à medida das condições dos membros superiores, não sendo recomendado a elevação dos membros, com um ângulo superior a 90° devido à imobilidade do esterno.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CCCR intervém nas crianças/jovens com necessidades de cuidados de reabilitação. Um diagnóstico com base numa avaliação inicial e objetiva baseada no conhecimento e na evidência científica.

O CCCR tem uma ação importante na diminuição dos sintomas, para a prevenção de novas exacerbações e para evitar a progressão da doença.

Contribuindo também através da promoção da Associação para a capacitação da criança/jovem e família com necessidades de cuidados de reabilitação, diretuada as recomendações aos serviços de saúde.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gandela, T., & Castro, L. (2009). Reabilitação Respiratória na Pediatria. Em M. J. Gomes, & R. Gonzalves; Condeiro, M. & Leite, T. (2012). Reabilitação Funcional Respiratória em Pediatria. In Condeiro, MC & Menotti, C (Eds.). Manual de Base Prática. Reabilitação Respiratória. (pp. 221-252). 1ª Ed. Lisboa: Lusoclinica;
- Condeiro, M.C., Marques, B. & Nabreu, D. (2012). Limpeza das vias aéreas: conceitos, técnicas e princípios. *Journal of Aging & Innovation*, 1 (5): 33-44;
- Condeiro, M.C.D. & Menotti, B.C.P.C. (2012). Manual de base prática na reabilitação Respiratória. Lusoclinica: Lisboa;
- Hodges, M. J. et al. (2014). Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier;
- Marques-Marques, C., & Sousa, L. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação e Exercício no Longo da Vida. Lisboa: Lusoclinica.

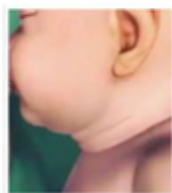


Obrigado!



Apêndice 16 - Educação e Treino Alimentar no RNPT– Sessão de Formação

PROCESSO DE DEGLUTIÇÃO NO RNPT



apto para o consumo de alimentos sólidos e pastosos

PROCESSO DE DEGLUTIÇÃO NO RNPT

"A deglutição orofaríngea é um processo controlado pelo centro de deglutição no **bulbo medular** e pelo **arco reflexo** e distal por um reflexo peristáltico praticamente autônomo e coordenado pelo **sistema nervoso entérico**."

Wolfe & Johnson & Conforti (2011)



apto para o consumo de alimentos sólidos e pastosos

PROCESSO DE DEGLUTIÇÃO NO RNPT

RNPR

FASE PRÉ-ERUPTIVA

SUCÇÃO

DEGLUTIÇÃO

INFANTIL

Coordenação dos 2 etapas anteriores com a respiração

ADULTO

FASES

PREPARATÓRIA

ORAL

FARÍNGEA

ESOFÁGICA

ADULTO

DESCRIÇÃO

Entrada no alimento na cavidade oral, mastigação e deglutição do bolo alimentar.

Propulsão intrínseca, iniciando quando o bolo alimentar passa da cavidade oral para a orofaringe.

Início na deglutição; tem como função o transporte.

Passagem do bolo alimentar para o esôfago;

Propulsão do bolo pelo peristaltismo;

Relaxamento do esfíncter esofágico inferior e a passagem do alimento para o estômago.

Oliva & Kloss, 2017

Wolfe, 2016

PROCESSO DE DEGLUTIÇÃO NO RNPT

SUCÇÃO – SURTOS SEGUIDOS DE PAUSA

Sucção não nutritiva (INN)

Movimentos da língua sem nenhum fluido adicional

Sucção nutritiva (SN)

Transferência de leite da mama ou do biberão para a boca



apto para o consumo de alimentos sólidos e pastosos

Wolfe, 2016

EEER NA PEDIATRIA – EDUCAÇÃO E TREINO ALIMENTAR NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO (RNPT)



apto para o consumo de alimentos sólidos e pastosos

EEER NA PEDIATRIA – EDUCAÇÃO E TREINO ALIMENTAR NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO (RNPT)

A alimentação oral é um processo fisiológico complexo para os RN, exigindo coordenação eficaz entre a **respiração** e a **sucção**. Para os RNPT antes de 37 semanas de gestação, esta sequência é mais complexa, difícil e sem coordenação, e eles tendem a sugar e respirar com um padrão irregular de deglutição.

O ganho de peso é um dos critérios adotados por **pediatras** para a alta dos RNPT e a alimentação oral pode promover maior ganho de peso. Os internamentos prolongam-se porque a criança sem SNG, não se alimenta oralmente.

Oliva & Kloss, 2017

EEER NA PEDIATRIA - EDUCAÇÃO E TREINO ALIMENTAR NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO (RNPT)

Em recém-nascidos com comprometimento na deglutição, os enfermeiros podem ajudar a reduzir os episódios de aspiração ao reforçarem as técnicas compensatórias de deglutição, tornando o processo mais seguro.

A utilização de técnicas compensatórias da deglutição nos doentes com problemas de natureza neurológica permite melhorar a segurança da alimentação na medida em que promove a manutenção da nutrição e hidratação adequadas.



apto para o consumo de alimentos sólidos e pastosos

Oliva & Kloss, 2011

TÉCNICAS COMPENSATÓRIAS NA DEGLUTIÇÃO

Alteração da temperatura, volume, textura do leite, ritmo de administração;

Estimulação sensorial;

Estímulo oral para melhorar a coordenação motora-oral;

Utilização de diferentes biberões, copos, mamilos artificiais para alimentação;

Orientação sobre o posicionamento adequado.



apto para o consumo de alimentos sólidos e pastosos

Oliva & Kloss, 2011





TREINO DA ALIMENTAÇÃO NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

| ETAPA | ESTRATÉGIAS |
|----------------------------|--|
| SUGÃO PRÉ-ORAL | Minimizar estímulos nocivos na região oral; Promover a lactogênese; Comentar com a mãe sobre as experiências realizadas para o início e progressão da alimentação; Providenciar experiências orofaciais positivas. Rebello, 2017 |
| SUGÃO NÃO NUTRITIVO | Técnicas de estimulação perioral, intraoral, ou ambas devem ser realizadas um pouco antes do horário de alimentação. Pressão firme na parte anterior do palato com o SÍNDIO em contato ou com o chupeta para desencadear o reflexo de sucção (primeira ou durante a alimentação por SÍNDIO e/ou associada à estimulação após no solo da vulvula); durante a refeição por SÍNDIO, ou na mesma mamada previamente iniciada; Manter-se nessa posição antes da alimentação por Via Oral (VO), ou concomitante à alimentação por SÍNDIO, para promover a coordenação da sucção e deglutição e acelerar a maturação dos reflexos envolvidos. Rebello, 2017 |

TREINO DA ALIMENTAÇÃO NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

| ETAPA | ESTRATÉGIAS |
|----------------------------|--|
| SUGÃO NÃO NUTRITIVO | ESTIMULAÇÃO OROMOTORIA: realização de estimulação manual nos lábios, mandíbula, língua, palato mole, faringe e músculos respiratórios antes ou durante a SÍNDIO e SÍNDIO; Cura ser realizada durante a alimentação após , ou antes , antes do uso da chupeta ortodôntica ou do dedo mínimo do enfermeiro. Rebello, 2017 |
| SUGÃO NUTRITIVO | RN com boa SÍNDIO e SÍNDIO; Sinal de prontidão em algumas reflexões, melhor tolerância, mas insuficiente para completar a refeição; Inconsciência de mamada ou mamada necessitando de estímulo e desmame precoce; SÍNDIO na mama e no bico. A estimulação na mama é preferível, por proporcionar o estímulo da musculatura perioral e contribuir para o vínculo mãe e RN. Rebello, 2017 |

TREINO DA ALIMENTAÇÃO NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

| TREINO DA ALIMENTAÇÃO | ESTRATÉGIAS |
|---|---|
| TREINO DE DEGLUTIÇÃO Oliveira Rebello, 2017 | Ofereça pelo 10 de 1 ml a cada 2 horas de estimulação gástrica (10 ml), antes de uma amamentação de 1 ml, diretamente na parte posterior da língua, mantendo o reflexo da deglutição - estimulação após a amamentação e estimulação antes da deglutição;  A estimulação oral, realizada de sucção na chupeta, com algumas gotas de leite ou de xarope, enquanto se alimenta por SÍNDIO;  Tocar com a língua nos lábios e aguardar que a língua se mova para receber a tetina. Passar pausas para respirar a cada 3-5 sucções. Rebello, 2017 |

TREINO DA ALIMENTAÇÃO NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

| TREINO DA ALIMENTAÇÃO | ESTRATÉGIAS |
|----------------------------|--|
| TÉCNICA SÍNDIO-ORAL | <u>Indicação</u> : RNPT que necessitam de maior tempo de tratamento, RN que apresentam complicações neurológicas e/ou RN com disfunções orais; Ortização de sonda nasogástrica (número 6) fixada no dedo mínimo e inserida e posicionada dentro de um copo com leite materno; <u>Objetivo</u> : exercitar a musculatura após , promovendo assim o amadurecimento do padrão de sucção; O RN materno deve ser mantido prioritário, com que a técnica se torne mais ordenada ao amamentamento.  Oliveira et al. (2016) |

ESTRATÉGIAS PARA A ALIMENTAÇÃO NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

| ESTRATÉGIAS | DESCRIÇÃO |
|-----------------------------------|--|
| SÍNDIO | Permite controlar a presença ou ausência de sucção; Não contribui para o desenvolvimento orofacial-motor e oral; Diminuição do tempo de alimentação mamada exclusiva. Lima et al. (2014) |
| COPINHO COM LETO NUTRITIVO | Proporciona experiências sensoriais; Estimula a produção de saliva e língua lingual, respondendo com a deglutição mais eficiente; Diminuição do risco de aspiração em relação ao biberão; Movimentos durante a alimentação com o copo são semelhantes aos da amamentação; Alívio a sensação de fome e saciedade da mãe, com que a RN não recebe conforto entre a tetação do biberão e o mamilo materno; Confiança da mãe com o amamentamento exclusivo. Lima et al. (2014) |

ESTRATÉGIAS PARA A ALIMENTAÇÃO NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

| ESTRATÉGIAS | DESCRIÇÃO |
|--|--|
| CHUPETA ORTODÔNTICA | Chupeta ortodôntica que promove o adequado desenvolvimento da cavidade oral, impulsionando a estimulação SÍNDIO; Utilização da mamila ortodôntica para amamentar com o bico ou para auxiliar na sucção, deglutição e respiração. Lima et al. (2014) |
| CHUPETA ELÉTRICA "INTRINSICA" PARA RNPT | Dispositivo biomimético que realiza a função de SÍNDIO através de ventosas palatinas aderidas ao bico da chupeta (como um mamilo palatino). A chupeta promove a estimulação da sucção e controla informações quanto ao ritmo, número de sucções e volume de leite ingerido e evita as informações para análise computadorizada; Desenvolvimento adequado motor oral (RNPT com sucção débil), aumento das habilidades cerebrais, organização do sistema após de padrão não nutritivo. Lima et al. (2014) |

TREINO DA ALIMENTAÇÃO NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

| ESTRATÉGIAS | DESCRIÇÃO |
|---------------------------------------|--|
| CORRETO POSICIONAMENTO DO RNPT | A cabeça deve estar após bem apoiada, evitando que fique colada para trás. Essa posição faz com que a gravidade traga a língua para a frente. Princípio da alinha, com o eixo da cabeça alinhado, orientação do corpo e linha média alinhada da cabeça-corpo-mamilo para a tetação; O contato nasal entre o RNPT e a mama que o RNPT alimente é muito importante. Rebello, 2017 |
| MAMADA-LINGUA | De mãe (ou pai) colocam os seus dedos, após estimulação orofacial, numa posição verticalizada entre os seios, abaixo das axilas rasgadas, proporcionando calor humano e estimulação sensorial aos dedos. Com o dedo médio para diminuir o tempo de transição da alimentação por após para a alimentação oral ou bico prematuro, para além de promover a produção e manutenção do leite materno. Oliveira Rebello, 2017 |

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção do Enfermeiro no treino de deglutição pode possibilitar o melhor desempenho nas habilidades da alimentação oral, bem como o início da alimentação oral e obtenção da alimentação exclusiva por via oral em um curto período de tempo, com prontidão para via oral em idades gestacionais corrigidas precoces.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Origa, R. (2016). Avaliação da Função Deglutição. In C. Marques-Almeida, & L. Souza, *Coletânea de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa no Longo da Vida*. Lousme: Lousmedica, 173-180.
- Geisinger, J. (2012). Oral-motor **Cueing** and **Cueing** Intervention. **Oral & Oropharyngeal Dysphagia** (Pediatric), 33(1), 111-120.
- Glenn-Matulis, N. (2011). Alimentação e Deglutição. In: C. Newman S. P., *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Reabilitação*. Elsevier: Lousme: 165-177.
- Goss, M., Dodrill, P. (2017). Pediatric Dysphagia Rehabilitation: Considering the Evidence to Support Common Sense. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, Sep. 31(2):17-20.
- Interpretation e Reabilitação da Deglutição. **Oral & Oropharyngeal Dysphagia** (Pediatric), 33(1), 111-120.
- Common Rule (2017) 17-17.
- Regulamento nº 12/2011 de 16 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série, 25, (2011). Disponível em: <http://www.jur.pt/doc/compensacao%20do%20enfermeiro%20de%20reabilitacao%20e%20de%20urgencia.pdf>.
- Rocha, R. (2017). *Atuação do enfermeiro em Reabilitação: Cópia de Trabalho em 1 ano de Curso de Pós-graduação em Reabilitação*. 2017, 300.
- Oral & Oropharyngeal Dysphagia** (Pediatric), 33(1), 111-120.
- Oral & Oropharyngeal Dysphagia** (Pediatric), 33(1), 111-120.
- Oral & Oropharyngeal Dysphagia** (Pediatric), 33(1), 111-120.

Apêndice 17 - Questionários de Avaliação das Sessões de Formação

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA
AÇÃO FORMATIVA: REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA EM PEDIATRIA

Data de realização:

Serviço: Serviço de Cardiologia Pediátrica - Centro Hospitalar

Para cada item preencha o quadro de acordo com as seguintes indicações:

1- Insuficiente 2- Suficiente 3- Bom 4- Muito Bom

A- CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E MÉTODOS

| | |
|---|--|
| 1. Conteúdos da ação de formação | |
| 2. Estrutura dos conteúdos | |
| 3. Interesse/utilidade dos conteúdos | |
| 4. Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados | |
| 5. Equilíbrio entre a exposição teórico-prática | |
| 6. Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa) | |

B – FORMADORA

| | | |
|---|--|--|
| | | |
| 7. Domínio e clareza na exposição da(s) matéria(s) tratada(s) na ação de formação | | |
| 8. Estímulo à participação dos/as formandos/as nas sessões | | |
| 9. Relacionamento com os/as formandos/as | | |
| 10. Capacidade de motivar para os conteúdos lecionados | | |
| 11. Documentação e bibliografia suficiente e adequada | | |
| 12. Pontualidade / cumprimento do horário das sessões | | |

C - AVALIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

| | |
|---|--|
| 13. Concretização dos objetivos propostos | |
| 14. Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos | |
| 15. O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento | |

D – Quais as estratégias e/ou técnicas que utiliza para a educação alimentar no recém-nascido pré-termo?

E - Críticas/Sugestões/Comentários

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

AÇÃO FORMATIVA: ENSINO E TREINO DA ALIMENTAÇÃO NO RNPT

Data de realização:

Serviço: Serviço de Cardiologia Pediátrica - Centro Hospitalar

Para cada item preencha o quadro de acordo com as seguintes indicações:

2- Insuficiente

2- Suficiente

3- Bom

4- Muito Bom

A- CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E MÉTODOS

| | |
|---|--|
| 1. Conteúdos da ação de formação | |
| 2. Estrutura dos conteúdos | |
| 3. Interesse/utilidade dos conteúdos | |
| 4. Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados | |
| 5. Equilíbrio entre a exposição teórico-prática | |
| 6. Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa) | |

B – FORMADORA

| | | |
|---|--|--|
| | | |
| 7. Domínio e clareza na exposição da(s) matéria(s) tratada(s) na ação de formação | | |
| 8. Estímulo à participação dos/as formandos/as nas sessões | | |
| 9. Relacionamento com os/as formandos/as | | |
| 10. Capacidade de motivar para os conteúdos lecionados | | |
| 11. Documentação e bibliografia suficiente e adequada | | |
| 12. Pontualidade / cumprimento do horário das sessões | | |

C - AVALIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

| | |
|---|--|
| 13. Concretização dos objetivos propostos | |
| 14. Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos | |
| 15. O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento | |

D – Quais as estratégias e/ou técnicas que utiliza para a educação alimentar no recém-nascido pré-termo?

E - Críticas/Sugestões/Comentários

Apêndice 18 - Artigo Científico

REEDUCAÇÃO ALIMENTAR NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

REEDUCACIÓN ALIMENTARIA EN EL RECIÉN NACIDO PRE-TERMO

FOOD REEDUCATION IN PRE-BORN NEWBORN

Tânia Ribeiro¹, Eugénia Grilo²

¹ Enfermeira de Cuidados Gerais na Unidade de Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE - Hospital São Bernardo, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

² Professora Doutora em Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Departamento de Enfermagem Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

RESUMO

Objetivo: O presente artigo tem como objetivo identificar as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) na reeducação alimentar no recém-nascido pré-termo (RNPT). **Métodos:** Selecionados 6 estudos de fonte primária através de pesquisa na plataforma de bases de dados eletrônica EBSCOhost® com o friso cronológico de 2015 a 2019. Aos estudos selecionados utilizando a metodologia PICOD foi realizada uma avaliação da qualidade metodológica, através da aplicação das grelhas de Joanna Briggs (JB). Nos artigos, constatou-se a existência do compromisso no processo de deglutição no RNPT devido à sua idade gestacional e que existem diferentes técnicas compensatórias para providenciar uma alimentação segura no RNPT. São descritas as consequências do processo de deglutição comprometido, estratégias compensatórias e destacada a importância da necessidade de uma equipa multiprofissional especializada para proporcionar uma alimentação oral segura no RNPT com compromisso na deglutição.

Conclusões: A intervenção no processo de deglutição comprometido, permite através de aplicabilidade de intervenções de redução alimentar, o ensino e treino de deglutição, o bom desempenho nas habilidades da alimentação oral, bem como o início da alimentação oral e obtenção da alimentação exclusiva por via oral num curto período de tempo, com prontidão para a via oral em idades gestacionais corrigidas precocemente. Não existem estudos na área da enfermagem de reabilitação em pediatria, sendo que a evidencia científica existente é maioritariamente na área da fisioterapia e terapia da fala.

Palavras-chave: Enfermagem, Reabilitação, Recém-Nascidos Pré-termo, Aleitamento e Transtornos de Deglutição.

ABSTRACT

Objective: This article aims to identify the interventions of nurse specialist in rehabilitation nursing (EEER) in food re-education in the preterm newborn (PTNB). **Methods:** Six primary source studies were selected by searching the EBSCOhost® electronic database platform with the time frame from 2015 to 2019. Selected studies using the PICOD methodology carried out an evaluation of the methodological quality, through the application of the grids of Joanna Briggs (JB). In the articles, the existence of the commitment in the process of swallowing in the PTNB due to its gestational age was verified, and that different compensatory techniques exist to provide a safe feeding in the PTNB. The consequences of the compromised swallowing process, compensatory strategies, and the importance of the need for a specialized multiprofessional team to provide safe oral feeding in the PTN with a commitment to swallowing are described.

Conclusions: The intervention in the compromised deglutition process allows for the application of food reduction interventions, swallowing instruction and training, good performance in oral feeding skills, as well as the beginning of oral feeding and obtaining exclusive feeding via oral in a short period of time, with readiness for the oral route at early corrected gestational ages. There are no studies in the area of rehabilitation nursing in pediatrics, and the scientific evidence is mostly in the field of physiotherapy and speech therapy.

Key words: Nursing, Rehabilitation, Preterm Newborns, Breastfeeding and Deglutition Disorders.

RESUMEN

Objetivo: El presente artículo tiene como objetivo identificar las intervenciones del enfermero especialista en enfermería de rehabilitación (EEER) en la reeducación alimentaria en el recién nacido prematuro (RNPT). **Métodos:** Seleccionados 6 estudios de fuente primaria a través de investigación en la plataforma de bases de datos electrónicas EBSCOhost® con el friso cronológico de 2015 a 2019. A los estudios seleccionados utilizando la metodología PICOD se realizó una evaluación de la calidad metodológica, a través de la aplicación de las rejillas Joanna Briggs (JB). En los artículos, se constató la existencia del compromiso en el proceso de deglución en el RNPT debido a su edad gestacional y que existen diferentes técnicas compensatorias para proveer una alimen-

tación segura en el RNPT. Se describen las consecuencias del proceso de deglución comprometido, estrategias compensatorias y destacada la importancia de la necesidad de un equipo multiprofesional especializado para proporcionar una alimentación oral segura en el RNPT con compromiso en la deglución.

Conclusiones: La intervención en el proceso de deglución comprometido, permite a través de aplicabilidad de intervenciones de reducción de alimentos, la enseñanza y entrenamiento de deglución, el buen desempeño en las habilidades de la alimentación oral, así como el inicio de la alimentación oral y la obtención de la alimentación exclusiva por vía oral en un corto período de tiempo, con prontitud para la vía oral en edades gestacionales corregidas precozmente. No existen estudios en el área de la enfermería de rehabilitación en pediatría, siendo que la evidencia científica existente es mayoritariamente en el área de la fisioterapia y terapia del habla.

Palabras clave: Enfermería, Rehabilitación, Recién nacidos Pre-término, Lactancia y Trastornos de Deglución.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o recém-nascido pré-termo (RNPT) é aquele que tem menos de 37 semanas completas de gestação, contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual^{7,11}. Apresentam dificuldade em coordenar a sucção, deglutição e respiração durante a alimentação por via oral, sendo privados de experiências orais, pois recebem alimentação exclusiva por via alternativa¹³. A sucção é uma importante função fisiológica, que depende de coordenação com a deglutição e a respiração, para que ocorra uma alimentação segura e bem sucedida. Em conjunto, estas funções compõem a “via nutritiva” e são responsáveis pelo transporte rápido e seguro de um bólus de leite, a partir da cavidade oral, ao estômago¹⁴. Os RNPT apresentam estas funções ainda imaturas e/ou descoordenadas. Apresentam imaturidade sensorial, reduzida capacidade de autorregulação e de resistência à fadiga durante a alimentação, fraco controle oral, reflexos orais ausentes e/ou diminuídos, tônus muscular diminuído, necessitando de nutrição por via parenteral ou enteral, até que apresentem habilidades adequadas para alimentação por via oral (VO) eficiente¹¹.

O processo de deglutição no RNPT é descrito como um comportamento reflexo e vital, desencadeado pelo contato dos lábios com o mamilo materno, chupeta ou dedo¹⁵. O padrão de sucção está organizado por surtos seguidos de pausa e a sucção está intimamente ligada à deglutição, funcionando como um sistema que se interliga e age com certa sincronia com a respiração¹⁴. A sucção dispara o reflexo de deglutição, tornando-se difícil definir onde inicia uma e termina a outra. A sucção ocorre em dois modos: sucção não nutritiva (SNN) e sucção nutritiva (SN). A SNN é um tipo de movimentos da língua sem nenhum fluido adicional, em oposição a SN resulta da existência de transferência de leite da mama e/ou biberão para a sua cavidade oral¹⁴.

Do ponto de vista fonoaudiológico, a função de sucção é extremamente importante, pois é a partir dela que se desenvolvem os órgãos fonoarticulatórios (língua, lábios, bochechas, palato duro e palato mole, mandíbula, arcada dentária, dentes e musculatura oral) e outras funções (mastigação, deglutição, fala, respiração)³.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados¹², cuida de RNPT com compromisso no processo de deglutição em variados serviços na área da pediatria. Como tal, pode implementar as intervenções de enfermagem de reabilitação planejadas com o

objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, e alimentar em qualquer faixa etária¹².

Os EEER podem reduzir o tempo alimentação exclusiva por via alternativa, através da utilização de técnicas compensatorias e de estratégias para o ensino e treino da alimentação por VO¹². Podem reduzir os episódios de aspiração ao reforçarem as técnicas compensatórias da deglutição, tornando o processo mais seguro. A utilização de técnicas compensatórias da deglutição nos RNPT com problemas desta natureza permite melhorar o autocuidado de alimentação, na medida em que promove a manutenção da nutrição e hidratação adequadas⁴.

No âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, o enfermeiro pode especificamente intervir na promoção do neurodesenvolvimento do neonato: promoção de um ambiente de cura, através da modelação dos estímulos ambientais; na promoção da aquisição de competências orais, que permitam a alimentação oral segura, funcional e prazerosa; no desenvolvimento, ensino e treino de competências para a alimentação e prevenção de disfunções oro-motoras e na educação parental – desenvolvimento de competências e colaboração na preparação para o regresso a casa e integração na comunidade¹⁴.

Na literatura, é claro que, qualquer plano de reabilitação alimentar inicie com uma avaliação minuciosa para diferenciar a (s) fase (s) da deglutição onde a deficiência está ocorrendo, e elucidar tanto os sintomas quanto a causa fisiológica desses sintomas, a fim de facilitar uma intervenção adequada e orientada⁵. Deve avaliar-se disfunções oromotoras (como a aversão e hipersensibilidade oral, retração e elevação da língua) e padrões imaturos da alimentação (sucção prolongada com pausas curtas, sucção disfuncional) que requerem intervenção⁹.

Para poder cuidar de uma forma total é necessário, primeiramente identificar as necessidades em cuidados de enfermagem de reabilitação. Determinada a problemática, a revisão da literatura, enquanto método, permitirá fazer um levantamento das intervenções realizadas na reeducação alimentar no RNPT e seus resultados.

MÉTODOS

Foi efetuada revisão sistemática da literatura, sendo esta metodologia, considerada a mais ampla abordagem metodológica, dado que permite incluir literatura teórica e empírica, bem como estudos de natureza quantitativa e qualitativa. Faculta a síntese de conhecimentos acerca de determinado

tema e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática¹⁵. A pesquisa para a elaboração desta revisão, teve como referência a metodologia recomendada pelo protocolo de JB.

Partiu-se da questão de investigação através da pergunta PICOD: “*Quais as intervenções utilizadas na reeducação alimentar do RNPT?*” Para dar resposta a esta questão utilizou-se uma lógica de pesquisa para identificação dos estudos nos últimos 5 anos (2015-2019) que utilizassem intervenções na reeducação alimentar do RNPT com processo de deglutição comprometido.

Como estratégia de busca foi adotada a lógica dos descritores em saúde: enfermagem, reabilitação, recém-nascidos pré-termo, aleitamento e deglutição comprometida bem como as suas combinações na língua inglesa e portuguesa, com recuso à interseção entre os mesmos, através do operador booleano – *and*. A pesquisa foi realizada na plataforma de base de dados eletrónica EBSCOhost®, utilizando os delimitadores de busca: artigos com texto completo, publicados em português, inglês e espanhol. Os critérios de inclusão foram:

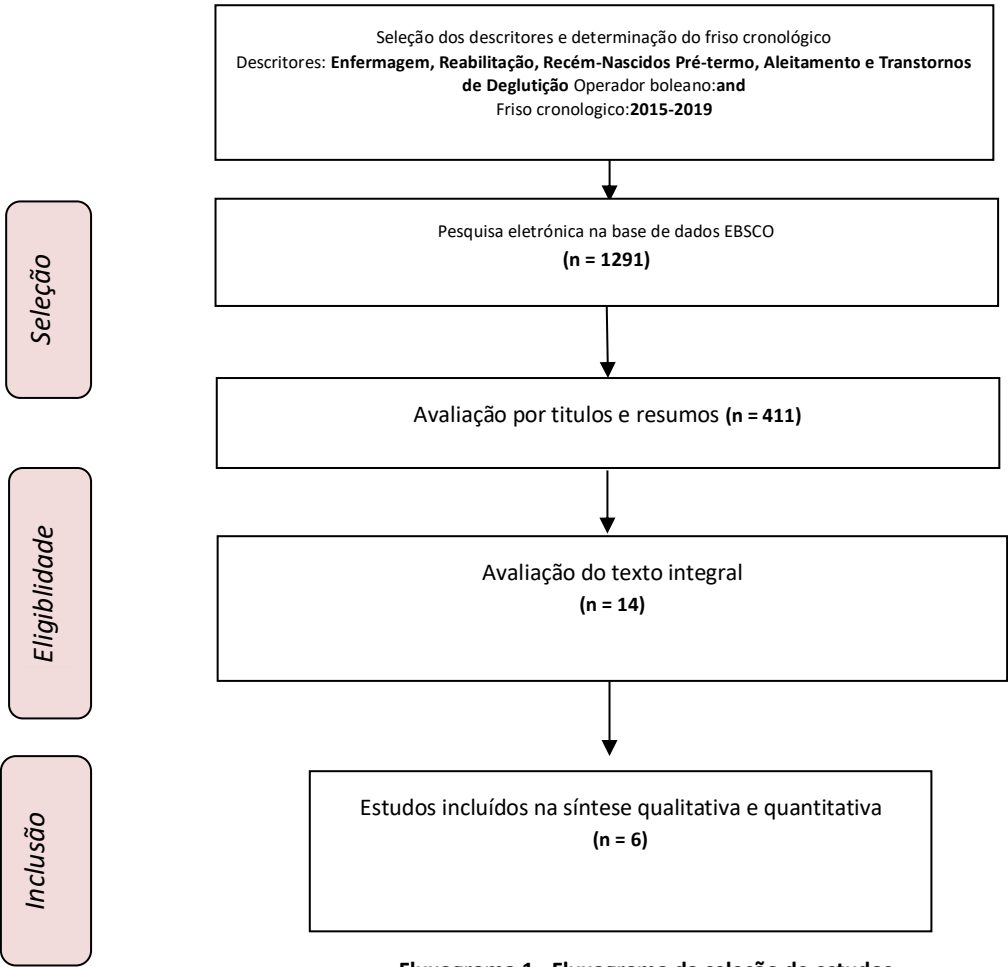
| Critérios de Inclusão | |
|-----------------------|---|
| P | Artigos publicados cuja população alvo seja recém-nascidos e ou recém-nascido pré-termo. |
| I | Artigos que abordem as intervenções no processo de reeducação alimentar no recém-nascido com comprometimento no processo de deglutição. |
| C | |
| O | Artigos que abordem a capacitação do recém-nascido para a alimentação por via oral |
| D | Artigos com metodologia quantitativa ou qualitativa |

Como critérios de exclusão foram definidos:

| Critérios de Exclusão | |
|-----------------------|---|
| P | Artigos publicados cuja população alvo tenha mais de 1 anos de idade |
| I | Artigos que não abordem as intervenções no processo de reeducação alimentar no recém-nascido com comprometimento no processo de deglutição. |
| C | |
| O | Artigos que não abordem a capacitação do recém-nascido para a alimentação por via oral |
| D | Revisão sistemática da literatura |

O Joanna Briggs Institute (JBI) considera que os cuidados de saúde devem ser baseados na evidência, promovendo a viabilidade, adequação, significado e eficácia das práticas de saúde, desenvolvendo teorias, metodologias e processos rigorosos para a avaliação crítica e síntese de evidências, avaliando a sua aplicabilidade através de ferramentas padronizadas, garantido que apenas evidências com qualidade metodológica são incluídas⁶. Aos 6 artigos selecionados, foi realizada uma avaliação da qualidade metodológica, por dois revisores independentes, através da

aplicação das grelhas de Joanna Briggs, considerando-se que, para serem incluídos nesta revisão integrativa deveriam cumprir 50% dos itens⁶.



Fluxograma 1 - Fluxograma da seleção de estudos

RESULTADOS

Os resultados obtidos emergiram de uma leitura livre dos artigos selecionados da pesquisa nas bases de dados, tendo sido extraídos os resultados que abordavam as intervenções na reeducação alimentar no RNPT. Na tabela que se segue são apresentados de forma sistematizada, os principais elementos de cada artigo.

| AUTOR E ANO | METODOLOGIA E AMOSTRA | PARTICIPANTES | RESULTADOS/CONCLUSÕES |
|-------------|-----------------------|---------------|-----------------------|
|-------------|-----------------------|---------------|-----------------------|

| | | | |
|---|--|--|---|
| Medeiros AMC, Ramos BKB, Bomfim DLSS, Alvelos CL, Silva TC da, Barreto ID de C, et al., 2018 | Estudo Quantitativo, longitudinal, natureza descritiva. n=165 RNPT | -165 RNPT, divididos quanto à gravidade de intercorrências clínicas e quanto à via de dieta. | Descrição e ênfase das técnicas do copo, técnica sonda-dedo e técnica sonda-mamária. Destaque da importância da técnica de sonda mamária, sendo recomendado para o trabalho fonoaudiológico em neonatologia. Considerada como a técnica que potencia a manutenção da amamentação exclusiva. |
| Vargas CL, Berwig LC, Steidl EM dos S, Prade LS, Bolzan G, Keske-Soares M, et al., 2015 | Estudo Qualitativo n=51 recém-nascidos (RN) internados na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal de um hospital do Sul do Brasil. | -51 recém-nascidos (RN) internados na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal de um hospital do Sul do Brasil, entre julho 2012 e março 2013. | Ênfase de que quanto maior as habilidades orais dos RN, menor durará a transição de sondasogástrica (SNG) para a via oral, e consequentemente, diminuirá o tempo de internamento. |
| Otto DM, Almeida ST de.,2017 | Estudo Quantitativo, natureza descritiva. n = 14 RNPT | -14 RNPT, com idade gestacional corrigida entre 30-36 semanas. | Identificação do treino da deglutição como a intervenção promotora da melhoria referente à habilidade de alimentação em 50% da amostra, com início da alimentação via oral e obtenção da alimentação exclusiva via oral num curto período de tempo. |
| Bolzan G de P, Berwig LC, Prade LS, Cuti LK, Yamamoto RC de C, Silva AMT da, et al.,2016 | Estudo Quantitativo e Qualitativo transversal analítico foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de Hospital Universitário. n =82 RNPT | -82 RNPT 43 do sexo masculino e 39 do sexo feminino. | Descrição de um instrumento/técnica que avalia a prontidão para o RNPT mamar. O Preterm Oral Feeding Readiness Scale (POFRAS), consiste num instrumento de fácil e rápida aplicação na prática clínica. Considera diversos aspectos, a maturidade, estado de consciência e habilidades motoras orais. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Moreira CMD, Cavalcante-Silva RPGV, Fujinaga CI, Marson F., 2017 | Estudo Quantitativo Prospectivo, Randomizado, Experimental n =53 RNPT | -53 RNPT com gestação idade <37 semanas. | Comparação entre a técnica sonda-dedo e a técnica do copo no início da transição alimentar do RNPT quanto à perda de leite oferecido, tempo de ingestão e complicações. A técnica sonda-dedo mostrou-se um método opcional de transição alimentar superior na eficiência quanto a menor perda de leite e menor incidência de complicações. |
| Santana MCCAP., Silveira BL., Santos ICS, Mascarenha MLVC, Dias EGC, 2016 | Estudo descritivo, baseada num relato de experiência vivenciada. | RNPT | Descrição dos métodos de alimentação mais utilizados na transição da gavagem para o seio materno nos RNPT. |

Tabela 1: Recolha de dados dos artigos selecionados

Na tabela 2, foram extraídas as técnicas/estratégias descritas nos artigos da revisão de literatura.

| AUTOR E ANO | ESTRATÉGIAS PARA A REEDUCAÇÃO ALIMENTAR |
|---|--|
| Medeiros AMC, Ramos BKB, Bomfim DLSS, Alvelos CL, Silva TC da, Barreto ID de C, et al., 2018 | A técnica de transição da gavagem para a mama é caracterizado pelos seguintes passos: O primeiro passo é a estimulação da SNN, enquanto a dieta é fornecida por gavagem. A estimulação é realizada com um “dedo enluvado” – dedo do fonoaudiólogo introduzido na cavidade bucal do RN e/ou em “peito vazio” - o seio da mãe foi esvaziado completamente possível, permitindo que o RNPT treine a sucção ao mesmo tempo que a dieta é oferecida através do tubo orogástrico. Quando a criança tem um padrão de sucção adequado, o próximo passo é o “peito parcialmente preenchido” com complemento do tubo orogástrico. Nesta etapa, o RN é colocado na parte esvaziado (o leite anterior foi extraído) e inicia-se o treino de coordenação das funções sucção-deglutição-respiração (SSB), sendo também oferecida suplemento de leite por gavagem. Na próxima etapa, amamentar e complementar por tubo orogástrico (mama + OGT), não existe mais esvaziamento da mama, embora |

| | |
|--|---|
| | <p>ainda esteja introduzido o OGT. Na última etapa, o recém-nascido é amamentado sem o uso do tubo orogástrico (mama exclusiva);</p> <p>A técnica do copo é utilizada como uma alternativa alimentar na transição para a mama, com o intuito de evitar o uso de mameiras, devido ao fenômeno “confusão de bicos”.</p> |
| Vargas CL, Berwig LC, Steidl EM dos S, Prade LS, Bolzan G, Keske-Soares M, et al., 2015 | <p>Descrição da importância de existência de escalas de avaliação ou protocolos (prontidão alimentar) para avaliar a habilidade oral. Essas ferramentas incluem o Neonatal Oral-Motor; Escala de Avaliação, a Avaliação da Habilidade de Alimentação Antecipada, e escalas recomendadas por pesquisadores brasileiros. Contudo, estes instrumentos são baseados em avaliações subjetivas, isto é, os seus resultados dependem da observação e, conseqüentemente, da experiência do profissional.</p> |
| Otto DM, Almeida ST de., 2017 | <p>Definição dos fenômenos de sucção não nutritiva (SNN), estimulação sensorio-motora-oral (ESMO) e treino de deglutição (TD). A SNN consiste na introdução do dedo mínimo enluvado na cavidade oral do RN, tocando na papila palatina, onde se desencadeia o reflexo de sucção. Mantém-se esse estímulo antes da alimentação por VO, ou concomitante à alimentação por gavagem, para promover a coordenação da sucção e deglutição e acelerar a maturação dos reflexos envolvidos. O artigo aponta para a melhoria no início e na duração da primeira sucção nutritiva, além de ganho de peso, devido a melhor eficiência da função, e redução do tempo de transição da alimentação por gavagem para a VO. A ESMO consiste em toques e deslizamentos lentos e profundos, com o dedo enluvado, pelas bochechas, lábios e gengivas por, aproximadamente, um minuto em cada estrutura, além de incluir a SNN no final. Esta estimulação auxilia na ativação da musculatura envolvida no processo de sucção, melhorando a sua eficiência. Assim, aumentará a taxa de sucção e do volume de leite ingerido, favorecendo o ganho de peso e reduzindo o tempo de transição da alimentação enteral para VO, o que diminui a permanência hospitalar. O TD consiste na oferta VO de mínimo volume de estímulo gustativo (0,05 ml), através de uma seringa de 1 ml, diretamente na parte posterior medial da língua, instigando o</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>reflexo da deglutição. É uma intervenção ainda pouco descrita na literatura para a avaliação do desempenho e progressão da VO.</p> <p>Descrição da chupeta como técnica de SNN, proporcionou um aumento da ingestão diária de leite por via oral. Descrição da intervenção através da estimulação oral realizada antes da alimentação como promotora do desenvolvimento normal do RNPT. Descrição de efeitos altamente positivos, incluindo a estimulação da transição da SNG para o uso de biberão.</p> |
| <p>Bolzan G de P, Berwig LC, Prade LS, Cuti LK, Yamamoto RC de C, Silva AMT da, et al,2016</p> | <p>Consiste num protocolo frequentemente utilizado para avaliar a prontidão do prematuro para início da alimentação oral, sendo proposto e validado pelos autores Fujinaga et al., denominado POFRAS - <i>Preterm Oral Feeding Readiness Scale</i>. Este instrumento consiste na avaliação de aspetos físicos, comportamentais e da sucção não nutritiva para o estabelecimento da prontidão do RNPT para iniciar a alimentação oral. A avaliação da prontidão, por meio do POFRAS, foi realizada 15 minutos antes do horário previsto para a oferta da primeira alimentação oral. Para esta avaliação, os RNPT foram posicionados em decúbito lateral com flexão dos membros superiores e inferiores e com a cabeça alinhada. Os aspetos avaliados contemplaram o estado de organização comportamental (estado de consciência, postura e tônus global); postura oral (lábios e língua); reflexos orais (procura, sucção, mordida e vômito) e sucção não nutritiva (movimentação e canolamento de língua, movimentação da mandíbula, força de sucção, sucções por pausa, manutenção do ritmo de sucção por pausa e do estado alerta e sinais de stress), além da idade gestacional corrigida do RN.</p> |
| <p>Moreira CMD, Cavalcante-Silva RPGV, Fujinaga CI, Marson F.,2017</p> | <p>São descritas diversas formas de alimentação, como o copo, a sucção da seringa com o dedo enluvado, a translactação, ofinger-feeding, o paladai, a mamadeira, entre outras.</p> <p>O método finger-feeding, ou, como conhecido no Brasil, “sonda-dedo”, consiste numa técnica na qual o leite é oferecido por sucção ao RNPT através de uma sonda gástrica conectada a uma seringa e fixada no dedo mínimo enluvado com fita adesiva. Apesar de fundar-se de uma técnica muito usada nos diversos serviços neonatais, estudos com descrição da</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>técnica, indicação e uso, benefícios, vantagens e desvantagens ainda são escassos. A técnica do copo, consiste em oferecer leite por meio do copo de plástico descartável de 50 mililitros. A posição para oferecer o Leite pelo copo, vem descrita em colocar o RNPT em posição de sentado ou semi-sentado, com a cabeça e o corpo alinhados. O leite deve ser colocado na borda do copo posicionado sobre o lábio inferior, as bordas devem tocar as comissuras labiais, onde o RN fazia movimentos de interiorização da língua e retirava o leite do copo. A técnica sonda-dedo surgiu como uma opção de transição alimentar, muito usada na rotina de diversos serviços como forma de treino da sucção e/ou com complementação, quando há ausência materna no momento da alimentação. E também como uma opção para se evitar o uso de bicos e mamadeiras no ambiente hospitalar em situações nas quais não houve uma boa adaptação com o copo.</p> |
| <p>Santana MCCAP., Silveira BL., Santos ICS, Mascarenha MLVC, Dias EGC, 2016</p> | <p>Os métodos alternativos de alimentação mais utilizados foram o copo, a translactação, a relactação e a técnica sonda-dedo. Evidenciou-se que, na ocasião da retirada da sonda nasogástrica, o uso do copo associado à amamentação foi a técnica mais utilizada. Deve-se adotar uma correta utilização da técnica, proceder-se à monitorização permanente e à educação em saúde, com estímulo à participação ativa da mãe no cuidado do seu filho.</p> |

Tabela 2: Técnicas/estratégias para a Reeducação Alimentar

DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados obtidos, é possível verificar que a transição alimentar da via nasogástrica para a via oral compreende um grande desafio para o RNPT e para a equipa multiprofissional, pois compete aos profissionais de saúde, a responsabilidade de avaliar qual a técnica mais adequada para facilitar a transição alimentar para cada RNPT.

A reeducação da deglutição inicia-se por uma avaliação rigorosa da mesma. O planeamento dos cuidados são muitos complexos, devendo por isso, ser prestados apenas pelo profissional com competências na área. Atendendo à complexidade dos cuidados, os enfermeiros devem trabalhar em colaboração com a equipa multiprofissional. Uma abordagem precoce, permite diminuir o risco de pneumonia de aspiração e outras complicações médicas relacionadas com a desnutrição e desidratação, assim como diminuir o tempo de internamento¹⁴.

A transição da alimentação oral para a gavagem é importante para o recém-nascido em risco, porque garante a ingestão nutricional adequada, permitindo o seu crescimento, estabilidade fisiológica e progresso relativamente à alimentação⁹. Aspetos como o estado comportamental, a prontidão para a sucção, a presença de reflexos orais, as características do sistema estomatognático, a capacidade de sucção, o balanço calórico, o estado respiratório e clínico, e maturação da coordenação da sucção, deglutição e respiratória são relevantes para a prescrição da técnica a ser adotada na alimentação do RNPT^{8,11}.

As estratégias compensatórias resultam num benefício imediato, contudo, os seus efeitos não são permanentes, isto é, assim que não são aplicadas, a deglutição deixa de ser um processo seguro⁹. As diferentes técnicas/estratégias de reabilitação visam alterar positivamente a fisiologia da deglutição^{8,11}.

O treino de deglutição permite melhorar o timing, coordenação, velocidade de reacção, planeamento motor e amplitude dos movimentos das estruturas envolvidas na deglutição, reduzindo o risco de aspiração. Este treino deve iniciar com a presença de saliva (SNN) e só quando for considerado seguro, com a presença de alimento (SN)^{8,11}.

Através da revisão de literatura, na reeducação alimentar do RNPT existem diversas abordagens: técnicas posturais, estimulação sensitiva e diferentes técnicas mais atuais, tais como: técnicas de

estimulação perioral, intraoral, em que ambas devem ser realizadas um pouco antes do horário de alimentação^{8,11}. De acordo com a literatura, deve realizar-se pressão firme na parte anterior do palato com o 5.º dedo enluvado ou com a chucha para desencadear o reflexo de sucção (antes ou durante a alimentação por SNG e/ou associada à estimulação oromotora, no colo do cuidador, durante a refeição por SNG, ou na mama materna previamente esvaziada)^{8,11}; deve manter-se esse estímulo antes da alimentação por VO, ou concomitante à alimentação por declive, para promover a coordenação da sucção e deglutição e acelerar a maturação dos reflexos envolvidos^{8,11}.

A técnica da estimulação sensório-motora-oral (ESMO) é considerada como uma técnica que estimula e auxilia na ativação da musculatura envolvida no processo de sucção, melhorando a sua eficiência. Consistindo em toques e deslizamentos lentos e profundos, com o dedo enluvado, pelas bochechas, lábios e gengivas por, aproximadamente, um minuto em cada estrutura, além de incluir a SNN no final¹¹.

O recurso à chupeta é descrito como uma técnica de SNN, proporcionando um aumento da ingestão diária de leite via oral. Promotora de efeitos altamente positivos, incluindo a estimulação da transição da SNG para o uso de biberão¹¹.

A técnica de sonda-dedo tem como indicação, realizar-se em RNPT que necessitem de maior tempo de internamento, RNPT que apresentem complicações neurológicas e/ou RNPT com disfunções orais^{10,13}. A literatura demonstra que deve utilizar-se uma SNG (número 6), fixada no dedo mínimo enluvado e posicionada dentro de um copo com leite materno; descrevem que o objetivo é o exercício da musculatura orofacial, promovendo assim o amadurecimento do padrão de sucção^{10,13}; O leite materno deve ser sempre priorizado, para que a técnica se torne mais próxima ao aleitamento materno^{10,13}.

A técnica do copo, é tratada como uma estratégia para alimentar o RNPT e permitirá uma transição rápida e segura da SNG para a VO, até que passem a estar prontos para realizarem exclusivamente aleitamento materno à mama, evitando a confusão com os bicos (tetina versus mamilo da mãe). O copo permitirá a manutenção do aleitamento materno durante um maior período de tempo^{2,8,10,13}.

O posicionamento no RNPT, nomeadamente o alinhamento corporal, assume-se como uma intervenção importante, dado que, o alinhamento corporal adequado permitirá que o RNPT evidencie

um ritmo respiratório melhor, conduzindo a uma coordenação de funções como a sucção, a respiração e a deglutição².

No método do Kangaroo Care, as mães (ou pais) colocam os seus filhos, após estabilização clínica, numa posição verticalizada entre os seios, debaixo das suas roupas, proporcionando calor humano e estímulos sensoriais positivos. Na literatura, vem descrito como sendo um método eficaz para diminuir o tempo de transição da alimentação por gavagem para alimentação oral nos bebés prematuros, para além de promover a produção e manutenção do leite materno⁵.

CONCLUSÕES

A presente revisão da literatura pretende contribuir para que os enfermeiros como profissionais de saúde, possam adquirir e atualizar conhecimentos, tendo por base a evidência científica acerca de técnicas de reeducação alimentar no RNPT.

Da análise da literatura, verifica-se que apesar de não existir homogeneidade, nas intervenções, intervenientes e duração; os resultados embora pouco expressivos, evidenciam a importância de diferentes técnicas no ensino e treino da alimentação no RNPT e, conseqüentemente, na transição da alimentação por via entérica para a via oral.

Apura-se que, os RNPT necessitam de uma equipa multiprofissional especializada. Por meio de estímulos orofaciais, o EEER pode favorecer a transição da alimentação enteral para VO com segurança e eficiência, diminuindo a permanência hospitalar e possibilitando alta com alimentação VO bem sucedida.

Verifica-se que existe um grande esforço por parte dos profissionais de saúde e das políticas de saúde, para que os RNPT possam ser alimentados à mama. A transição da alimentação por gavage diretamente para a mama é uma alternativa segura para a transição alimentar do RNPT, embora a utilização do copo ainda seja uma prática muito utilizada nessa população durante a hospitalização.

Relativamente, aos resultados obtidos e pela dificuldade de comparação, nenhum dos estudos se revelou mais relevante, sendo de que, existe consenso na importância de diferentes técnicas utilizadas na reeducação alimentar no RNPT, desenvolvidos por uma equipa multiprofissional.

Da leitura dos diferentes artigos emergem conhecimentos importantes sobre as estratégias para a transição da alimentação por via entérica para a via oral.

É objetivo da presente revisão da literatura, contribuir para que os EEER, possam adquirir e atualizar conhecimentos tendo por base a evidência científica acerca da problemática da reeducação alimentar no RNPT, com a finalidade de intervir junto desta faixa etária e sua família.

Posto isto, muito ainda há que investigar e novos conhecimentos para desbravar. Acredita-se que o EEER pode ser um elemento chave nesta problemática e que possa agregar mais conhecimento científico a esta realidade relacionada com o RNPT. Mais estudos são necessários, para validação de mais métodos e desenvolvimento de novas estratégias para fazer face a esta problemática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bolzan G de P, Berwig LC, Prade LS, Cuti LK, Yamamoto RC de C, Silva AMT da, et al. Assessment for oral feeding in preterm infants. *Codas* [Internet]. 2016 Jul 4 [cited 2018 Dez 15];0:0. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822016000300284&script=sci_arttext&tlng=en;
2. Daniela Bernardes, Michelly Kusminskas, Donata Fernanda dos Santos, Isis de Oliveira Grangeiro, Ricardo da Silva Fagundes, Marília Gabriela de Oliveira Lopes. Associação Entre a Duração Do Aleitamento Materno E Sua Influência Sobre O Desenvolvimento De Hábitos Oraís Deletérios. *Revista UniVap*, Vol 22, Iss 40 (2017) [Internet]. 2017 [cited 2018 Dez 20]; (40). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v29n3/2317-1782-codas-29-3-e20150301.pdf>;
3. Ferreira, F., Marchionatti, A., Oliveira, M. & Praetzel, J. (2010). Associação entre a duração do aleitamento materno e sua influência sobre o desenvolvimento de hábitos orais deletérios. *RSBO. Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, 7 (1), 35-40 Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rsbo/v7n1/a06v7n1.pdf>;
4. Glenn-Molalo, N. (2011). Alimentação e Deglutição. In: C. Hoeman S. P., *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Interpretação e Resultados Esperados* Loures: Lusodidacta: 4ª Edição, 295-317;
5. Gosa M, Dodrill P. Pediatric Dysphagia Rehabilitation: Considering the Evidence to Support Common Strategies. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups* [Internet]. 2017 Sep [cited 2019 Feb 22];2(13):27–35. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/abstract?site=eds&scope=site&jrnl=2381473X&AN=127894883&h=CoY7Q0%2bq8lg8QRbm7uLO%2faNdszPhUyoEW7SihDk2g0EslwI4XIUQJIW79R%2brLe7ws081TCv16mf4hTWYWEufkA%3d%3d&crI=c&resultLocal=ErrCrI%3dNoResults&resultNs=Ehost&crIhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d2381473X%26AN%3d127894883>;
6. Joanna Briggs Institute [JBI] (2016). The JBI Approach. Disponível em: <http://joannabriggs.org/JBI-APPROACH.HTML#TABBED-NAV=JBI-APPROACH>;
7. Lemes et al (2015). Estimulação sensoriomotora intra e extra-oral em neonatos prematuros: Revisão bibliográfica. *Rev CEFAC*. maio-jun.; 17 (3): 945-955;
8. Medeiros AMC, Ramos BKB, Bomfim DLSS, Alvelos CL, Silva TC da, Barreto ID de C, et al. Intervention time until discharge for newborns on transition from gavage to exclusive oral feeding. *Codas* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 5];30(2): e20170092. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822018000200306&script=sci_arttext&tlng=en;
9. Mizuno K. Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants. *Journal of Human Lactation* [Internet]. 2018 Aug [cited 2019 Feb 18];34(3):631–4. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0890334418756813?journalCode=jhla>;
10. Moreira CMD, Cavalcante-Silva RPGV, Fujinaga CI, Marson F. Comparison of the finger-feeding versus cup feeding methods in the transition from gastric to oral feeding in preterm infants. *Jornal De Pediatria* [Internet]. 2017 Nov [cited 2018 Dez 22];93(6):585–91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000600585. Doi 10.1016/j.jpmed.2016.12.008;

11. Otto DM, Almeida ST de. Desempenho da alimentação oral em recém-nascidos prematuros estimulados pela técnica treino de deglutição / Oral feeding performance in premature infants stimulated by swallowing technical training. *Audiology - Communication Research* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dez 20];(0). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312017000100305&lng=en&tlng=en.Doi 10.1590/2317-6431-2016-1717;
12. Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. 2ªSérie, 35. (2011). Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf;
13. Santana MCCAP., Silveira BL., Santos ICS, Mascarenha MLVC, Dias EGC,2016. Métodos Alternativos de Alimentação do Recém-Nascido Prematuro: Considerações e Relato de Experiência. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. ol 20, Iss 2. 157-162 (2016). Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/14607/15745>;
14. Souto N., (2017). Enfermagem de reabilitação em Neonatologia. Cap. IV In: *Reabilitar ao Longo do Ciclo de Vida*. Lisboa: Lusodidacta: 297-303;
15. Souza MT de, Silva MD da, Carvalho R de. Integrative review: what is it? How to do it? / Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2010 [cited 2019 Feb 5]; (1):102. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf.doi 10.1590/s1679-45082010rw1134;
16. Vargas CL, Berwig LC, Steidl EM dos S, Prade LS, Bolzan G, Keske-Soares M, et al. Premature: growth and its relation to oral skills. *Codas* [Internet]. 2015 Jul [cited 2019 Feb 5];27(4):378–83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822015000400378&script=sci_arttext&tlng=ptdoi.org/10.1590/23171782/20152014179.

ANEXOS

ANEXO 1 - Deliberação do Conselho Administrativo do Centro Hospitalar

Exm^a Senhora

Enf^a Tânia Ribeiro,

Remete-se em anexo p/ seu conhecimento Parecer Final da CES relativo ao seu processo 681/2019 - " Promoção do autocuidado às crianças, jovens e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação".

Irá, proximamente, receber a comunicação definitiva através do Conselho de Administração do CHULC.

Com os melhores cumprimentos

Antonio Couto

Secretariado da Comissão de Ética

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE

comissao.etica@chlc.min-saude.pt

Tel.: 213514410

Comissão de Ética

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Rua José António Serrano
1150-199 Lisboa, PORTUGAL

TEL: + 351 218 841 000

comissao.etica@chlc.min-saude.pt

<http://www.chlc.min-saude.pt>

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL
CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Parecer

Data: 06.03.2019
Processo n.º 681/2019

Título: "Promoção do auto-cuidado às crianças, jovens e famílias com necessidades de cuidados de reabilitação"

Relator: Sandrina Bento, Enf

Investigadora principal: Tânia Sofia Marques Santos Ribeiro, Enf.

Local: Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital de Santa Marta

Parecer:

O projecto submetido a análise insere-se na Unidade Curricular - Estágio Final - do Curso de Mestrado Integrado em Associação em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Reabilitação e tem como objectivo principal contribuir para a capacitação da criança/jovem e família com necessidades de cuidados de reabilitação através da transferência de conhecimento e do treino relativamente às actividades de cuidados.

O projecto obteve autorização dos respectivos responsáveis do Serviço de Cardiologia Pediátrica.

Conclusão:

Tratando-se de um projeto de estágio para obtenção de título académico, é do entender desta CES que, desde que sejam cumpridos os requisitos éticos e deontológicos inerentes à profissão, não se levantam objeções à sua realização.

O Presidente da Comissão de Ética



(Gonçalo Cordeiro Ferreira)

original

Da continuação da
Investigação Principal
de autologos do
felido.

(→)

21/03/2019
Maria José Costa Dias
Enfermeira Diretora

ANEXO 2 - Instrumento de Autocuidado Terapêutico

INSTRUMENTO DE AUTOCUIDADO TERAPÊUTICO

(Doran & Sidani, 2005; versão portuguesa de Cardoso, Queirós, Ribeiro & Amaral, 2014)

Cada uma das seguintes perguntas refere-se a um aspeto dos cuidados que tem face à sua atual situação de saúde. Por favor, indique o seu grau de capacidade na realização de cada atividade de cuidados, escolhendo o número mais adequado entre 0 e 5.

| Atividades de cuidados | | 0-----5 | | | | | |
|------------------------|---|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | Não sei ou não consigo | | | Sei ou Consigo | | |
| 1. | Sabe quais os medicamentos que tem de tomar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. | Sabe para que servem os medicamentos prescritos (isto é, conhece os efeitos dos medicamentos no seu estado de saúde)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. | É capaz de tomar a medicação da maneira que lhe foi prescrita? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. | Consegue identificar alterações no seu corpo (sintomas) relacionadas com a sua doença ou o estado de saúde? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. | Conhece a razão pela qual sofre algumas alterações no seu corpo (sintomas) relacionadas com a sua doença ou o estado de saúde? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. | Sabe e compreende o que deve fazer (coisas ou atividades) para controlar essas alterações no seu corpo (sintomas)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. | É capaz de realizar os tratamentos ou atividades que lhe foram indicados para gerir estas alterações no seu corpo (sintomas)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. | É capaz de fazer coisas ou atividades para cuidar de si próprio e preservar a sua saúde de forma geral? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. | Sabe quem deve contactar para solicitar ajuda na realização das suas atividades diárias? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. | Sabe quem deve contactar no caso de uma emergência médica? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. | É capaz de realizar atividades normais (tais como tomar banho, ir às compras, preparar as refeições, visitar os amigos)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. | É capaz de ajustar as suas atividades normais quando sofre alterações no seu corpo (sintomas) relacionadas com a sua doença ou o estado de saúde? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Muito obrigado pela sua colaboração!

Adaptação para a população portuguesa: Cardoso, A., Queirós, P., Ribeiro, C., & Amaral, A. (2014). Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Therapeutic Self-Care Scale. *International Journal of Caring Sciences*, 7(2), 426-436.

INSTRUMENTO DE AUTO-CUIDADO TERAPÊUTICO: RECOMENDAÇÕES DE UTILIZAÇÃO

(Doran & Sidani, 2005; versão portuguesa de Cardoso, Queirós, Ribeiro & Amaral, 2014)

Estas recomendações destinam-se a orientar a utilização do instrumento de avaliação do autocuidado terapêutico. Este instrumento pode ser usado para avaliar as necessidades de aprendizagem das pessoas doentes sobre a gestão da sua saúde, ou para alertar o enfermeiro para a necessidade de envolver um membro da família, cuidados domiciliários ou outros recursos para apoiar as pessoas doentes.

Definição de Autocuidado

O autocuidado refere-se à capacidade da pessoa doente para iniciar e realizar atividades destinadas à manutenção da saúde, gestão de problemas de saúde e recuperação do funcionamento.

O autocuidado centra-se na *gestão* do problema de saúde apresentado que envolve:

- Auto-observação ou monitorização
- Perceção e identificação das alterações no corpo (ou seja, sintomas) e no funcionamento
- Seleção e desempenho de ações ou estratégias para aliviar as alterações no corpo e manter ou melhorar o funcionamento
- Implementação do regime terapêutico

Aspetos do Autocuidado Avaliados pelo Instrumento de Medida

O instrumento de avaliação do autocuidado terapêutico avalia a capacidade da pessoa doente para desempenhar quatro categorias das atividades de autocuidado que deve ser capaz de realizar. As categorias das atividades de autocuidado avaliadas por este instrumento são:

- Tomar a medicação da forma como foi prescrita
- Identificar e gerir os sintomas
- Realizar as atividades diárias
- Gerir as mudanças na situação de saúde

Este instrumento de avaliação do autocuidado terapêutico é composto por 12 itens relacionados com o nível de compreensão por parte da pessoa doente das razões subjacentes e das estratégias a serem seguidas durante a realização das atividades de cuidados.

Questões a ter em conta durante a Aplicação do Instrumento

Este instrumento de avaliação do autocuidado terapêutico deve ser aplicado por um *enfermeiro* em formato de *entrevista*. O enfermeiro pode pedir à pessoa doente ou à sua “cara-metade” para responder às questões e, assim, ajudar no planeamento dos cuidados continuados. Se um membro da família realiza uma determinada atividade que devia ser realizada pela pessoa doente, isso deve ficar registado nas anotações sobre a evolução da pessoa.

As respostas da pessoa doente são indicadores das necessidades de aprendizagem ou de recursos. As respostas podem não refletir

aquilo que o enfermeiro acredita ter sido ensinado, mas sim refletir o que a pessoa doente entende como tendo sido ensinado.

Durante a aplicação do instrumento, o enfermeiro tem de:

- Ler as *instruções* de forma clara e pausada para garantir que as pessoas doentes percebem aquilo que está a ser solicitado.
- Ler cada item de forma clara e pausada.
- Ler as opções de resposta. Pode ser útil *mostrar* à pessoa doente um exemplo das opções de resposta para compreenderem melhor as opções.
- Dar à pessoa doente tempo suficiente para pensar numa resposta (isto é, não os apresse).
- Caso a pessoa doente esteja a demorar muito tempo a responder, perguntar se compreende o significado da pergunta. Prestar os esclarecimentos necessários, sugerindo exemplos sempre que adequados. Por exemplo, se a pessoa doente não souber classificar o item 6, “Sabe o que deve fazer (coisas ou atividades) para controlar essas alterações no seu corpo (sintomas)?”, o enfermeiro pode adicionar, “No seu caso, isto inclui saber o que fazer em caso de angina de peito ou saber gerir a dor provocada pela artrite.”
- Assinale com um círculo as opções de resposta selecionadas pela pessoa doente. Se a pessoa doente estiver hesitante em relação a uma resposta, peça-lhe que pense nela e confirme qual o valor que melhor se adequa à sua situação. Se uma pessoa doente responder 2 ½, pergunte-lhe se está mais perto do 2 ou do 3 e registe a resposta. A resposta tem de ser a da pessoa doente e não a interpretação do enfermeiro.

ANEXO 3 - Listagem documentação para Comissão de Ética CHLC

Exmª Senhora

Enfª Tânia Ribeiro,

De acordo com o solicitado envio listagem de documentação necessária.

Com os melhores cumprimentos

Antonio Couto
Secretariado da Comissão de Ética
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE
comissao.etica@chlc.min-saude.pt
Tel.: 213514410

.....

Submissão de Projetos de Investigação para Parecer da Comissão de Ética para a Saúde(CES) do CHLC

Serão aceites para parecer processos totalmente completos com os seguintes documentos:

Para Estudos Observacionais (Monografias, Questionários, Teses de Mestrado, Trabalhos de Investigação)

1. Ofício dirigido ao Conselho de Administração do CHLC, solicitando autorização para realizar o estudo, na qual devem ser referidos:
 - 1.1. Nome do projeto;
 - 1.2. Identificação dos responsáveis pelo projeto, com nomes e afiliações institucionais:
 - 1.2.1. Investigador principal,
 - 1.2.2. Investigadores associados (se aplicável),
 - 1.2.3. Promotor (se aplicável);
 - 1.3. Identificação do local (ou locais) onde se pretende que decorra o estudo;
 - 1.4. Enumeração de outras instituições onde decorre o estudo;
 - 1.5. Se aplicável, referência a tratar-se do trabalho de campo de tese para obtenção de título académico, com indicação da instituição de ensino superior.
2. Ofício dirigido ao presidente das CES solicitando apreciação e parecer.
3. Protocolo de Investigação, do qual devem constar, de forma clara, completa e concisa:
 - 3.1. Fundamentos do estudo;
 - 3.2. Objetivos;
 - 3.3. Sinopse do estudo (em português);
 - 3.4. Calendário do estudo;
 - 3.5. População e amostra a estudar, com referência à técnica de amostragem, à dimensão da amostra e aos critérios de inclusão e de exclusão;
 - 3.6. Caderno de Recolha de dados (dados a recolher, métodos para os obter, tratar e analisar);
 - 3.7. Indicadores a produzir;
 - 3.8. Formas previstas para a divulgação e a disseminação dos resultados;
 - 3.9. Consentimento Informado e documento de informação para os participantes no estudo, em português e específico ao estudo;
 - 3.10. Curriculum Vitae dos requerentes;
 - 3.11. Lista de contactos (Promotor e Investigador Principal);
 - 3.12. Acordo/Contrato Financeiro ou declaração de ausência de encargos financeiros para o CHLC;
 - 3.13. Declaração de conflito de interesses (se aplicável);
 - 3.14. Autorização da CNPD ou comprovativo da submissão (se aplicável).

4. Parecer dos responsáveis pelas Áreas/Especialidades/Unidades onde se pretende que decorra o Estudo (se este for na área de enfermagem é também necessário o parecer da Enfermeira Chefe do mesmo Serviço).

Para Estudos Clínicos com Intervenção:

1. A documentação dos Estudos Observacionais;
2. Certificado de Seguro incluindo as disposições sobre os danos.

Os mesmos deverão ser submetidos ao Conselho de Administração do CHLC, EPE, cujo contacto é:

Conselho de Administração do CHLC, EPE
Rua José António Serrano
1150-199 Lisboa
Telefone: 21 884 12 67/Fax: 21 884 10 23
sec.ca.dc@chlc.min-saude.pt
dias úteis, das 08h00 às 18h00.